Rok XLV. Kraków 22 Września 1906. Nr 38.

# PRZEGLĄD LEKARSKI

organ Towarzystw lekarskich: krakowskiego i galicyjskiego
oraz Towarzystwa lekarzy polskich w Chicago.

Redaktor główny: Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

Z Zakładu szczepień przeciw wodowstrętowi prof. O. Bujwida w Krakowie.

## Uwagi nad metodą Pasteurowską zapobiegania wściekliźnie.

(Część trzecia.)

Napisał

R. Nitsch

asystent Zakładu higieny Uniw. Jag.

„*Primum: non nocere.*“

W roku 1904 zebrałem w pierwszej części „Uwag“ dowody nieszkodliwości zarazka stałego (*virus fixe*) dla człowieka przy podskórnem zaszczepieniu. Równocześnie zdałem sprawę z pierwszych prób szczepienia ludzi świeżym stałym zarazkiem. Wreszcie wspomniałem o doświadczeniach, wykonanych w krakowskim Zakładzie higieny ze zarazkiem stałym [1]).

W części drugiej roztrząsnąłem, czy metoda Pasteura nie przynosi czasem szkody leczonym i czy w niektórych przypadkach nie przedłuża okresu wylęgania choroby. W końcu wywiodłem, że osoby płci męskiej umierają na wściekliznę średnio o dwa tygodnie później po ukąszeniu, aniżeli osoby płci żeńskiej [2]).

W tej części będzie mowa o dalszem szczepieniu ludzi coraz świeższym zarazkiem stałym.

Jak już opisałem w części pierwszej w roku 1904, szczepiono w tutejszym Zakładzie od września do grudnia 1903 r. rdzeniami 6—1-dniowymi 108 osób z pomyślnym wynikiem. Z pośród nich szczepiono 52 osób z różnych powodów jeszcze energiczniej, a mianowicie rdzeniami 4 lub 3-dniowymi do 1-dniowych.

Potem używano od 1 stycznia aż do 14 marca 1904 znowu dawniejszej metody, tj. zaczynano szczepić rdzeniami 8 dniowymi a kończono 2-dniowymi. Zaszczepiono tą metodą sto osób, z których 2 zmarły na wściekliznę. W części pierwszej była mowa tylko o jednej zmarłej osobie: był to starzec 72-letni J. L. z Królestwa. Dopiero w styczniu 1905 otrzymaliśmy wiadomość, że oprócz tego zmarła jeszcze druga osoba, a mianowicie 14-letnia dziewczynka M. Ch. z powiatu cieszanowskiego w Galicyi. Była ona szczepiona z początkiem marca przez 10 dni, a zmarła dopiero po 288 dniach po ukończeniu leczenia (dnia 1 stycznia 1905). Obydwie te zmarłe osoby były pokąsane głęboko w rękę.

Od 15 marca 1904 zaczęto używać znowu metody energiczniejszej: a mianowicie zaczynano szczepić 5 dniowymi rdzeniami, a kończono na 1-dniowych. Tak postępowano aż do końca r. 1904.

W tym czasie (od 15/III do 31/XII 1904) zdarzyły się znowu 2 przypadki śmierci na wściekliznę wśród leczonych. Były to: 1) Z. K., dziewczynka 11-letnia pokąsana w rękę 19/VII przez psa; — szczepiona od 22—31/VII (9 dni); — zachorowała 12/VIII i zmarła po 5-dniowej chorobie. 2) K. G., kobieta 65-letnia, pokąsana w rękę 7/VII przez psa; — szczepiona od 12/VII tylko 8 dni; zachorowała 22/IX a zmarła 25/IX na wściekliznę.

Z tych dwóch przypadków jednak obciąża naszą statystykę właściwie tylko pierwszy. Albowiem K. G. pomimo upomnień nie chciała dokończyć leczenia i odjechała w 8. dniu leczenia. Nie była ona wcale szczepioną 1-dniowymi rdzeniami, albowiem używano ich dopiero w ostatnich 2 dniach leczenia. Byłaby ona prawdopodobnie ocalała, gdyby dokończyła leczenia: dowodzi tego stosunkowo późny wybuch choroby u tej kobiety. Zachorowała ona dopiero w przeszło 50 dni po opuszczeniu zakładu. A należy tutaj zaraz zaznaczyć, że oprócz tego przypadku nie mieliśmy w Zakładzie prof. Bujwida ani jednego, gdzieby choroba wybuchła później, niż w 2 tygodnie po ukończeniu leczenia, a mianowicie w czasie od 15/III 1904 aż do końca roku 1905 t. j. wtedy, kiedy stosowano wzmocnione szczepienia.

Wogóle szczepiono w roku 1904 osób 616 i z tych zmarły 4 na wściekliznę.

Z tych 616 pokąsanych szczepiono metodą dawniejszą (rdzeniami 8—2-dniowymi 2 razy dziennie przez 10 dni) 100 osób: z tych zmarły dwie. Metodą energiczną (rdzeniami 5—1-dniowymi 2 razy dziennie przez 10 dni) szczepiono 516 osób. Z tych zmarły również 2; jednak jedna z nich nie powinna tu być zaliczona, bo nie była szczepiona 1-dniowymi rdzeniami.

Ta statystyka stwierdza zatem znaczne zmniejszenie się śmiertelności od czasów stosowania energiczniejszych szczepień.

Zwróćmy jeszcze uwagę na rok 1903. Wtedy szczepiono razem 556 osób, z których 4 zmarły. Metodą dawniejszą (aż do 7/IX 1903) leczono 448 osób: z tych zmarły 4. Metodą energiczniejszą (od 6 lub 4-dniowych do 1-dniowych rdzeni) szczepiono osób 108, z których żadna nie zmarła.

Porównajmy teraz statystyki tych 2 lat:

W r. 1903 szczepiono 556 osób z tych zmarły 4
„ „ 1904 „ 616 „ „ „ „ 4.

Z pośród tych szczepiono:

Metodą dawniejszą osób 548, z których zmarło 6 tj. 1·09%
„ energiczną „ 624, „ „ 2 „ 0·33%.

---

[1]) Obacz: „Medycyna“ 1904, Nr 31—33.

[2]) Obacz: „Przegląd lekarski“ 1906, Nr .

Właściwie jednak powinnoby się liczyć tylko 1 zmarłą osobę z energicznie leczonych, jak to wyżej omówiono.

Stąd widać, że statystyki minionych 2 lat dawały nam wyraźną wskazówkę, że i nadal powinno się szczepić energicznej. Tak też czyniliśmy od początku roku 1905.

Winienem tu zaznaczyć, że pp. Z. Klemensiewicz (stale) i dr F. Eisenberg (chwilowo) dokonywali szczepień według mego planu, przyjętego przez prof. O. Bujwida. W tych szczepieniach ja sam tylko częściowo mogłem brać czynny udział. Bez pomocy więc pp. Klemensiewicza i dra Eisenberga i zgody prof. Bujwida nie mógłbym swego planu konsekwentnie przez dwa lata przeprowadzać.

Jak powiedziano, szczepiliśmy także w r. 1905 energicznie. Używaliśmy w tym roku rdzeni króliczych od 899—949 pokolenia zarazka stałego. Przechowywano je w pokoju w lodowni. Zwykle znajdował się tam też lód: jednak niekiedy, zwłaszcza z początku, obywaliśmy się tygodniami bez lodu. Pomimo jednak energicznych szczepień wynik w r. 1905 był gorszy, niż poprzednio.

Już w styczniu 1905 przyszła wiadomość, że W. S., młody chłopak, wracając do domu z zakładu, dostał w wagonie wybitnych objawów wodowstrętu i przeniesiony do szpitala w Przemyślu zmarł tam po 2 dniach. Chłopiec ten był ukąszony w rękę przez psa: przybył do Zakładu dopiero w 12 dni później, był szczepiony 12 dni (aż do 17/I 1905), a zmarł już 21/I na wściekliznę. Zginął on zatem w 4 dni po ukończeniu leczenia, a w 28 dni po ukąszeniu. Zmarł wśród objawów typowej wścieklizny („rasende Wut").

Z początkiem kwietnia 1905 zdarzył się drugi przypadek śmierci. T. B., 36-letnią żonę stolarza z Nowego Sącza, pokąsał pies w rękę. Sekcya psa, wykonana przez weterynarza, wzbudziła przypuszczenie wścieklizny. Kobieta ta przybyła do Zakładu dopiero w 16 dni po ukąszeniu, była 12 dni energicznie leczona i opuściła zakład d. 1/IV 1905. Jednak już 4 kwietnia otrzymał prof. Bujwid od dr Męskiego list tej treści:

„Dnia 2/IV w niedzielę wezwany zostałem do T. B., która znajdowała się w zakładzie JWP. Profesora od dnia 20 marca do 1 kwietnia b. r. i gdzie jej miano dokonać 22 wstrzyknięć przeciw wściekliźnie.

Narządy wewnętrzne bez zmian patologicznych; tętno 72 silne, dobrze napięte — ciepłota 36·4. Ból głowy, lekka sztywność w karku, niedowład kończyn, szczególniej dolnych, przytomność utrzymana, porażeń nerwów mózgowych i kurczów żadnych nie ma.

3 kwietnia przy powtórnem badaniu stan ogólny ten sam, co dnia poprzedniego; dołączyło się zaś krztuszenie przy połykaniu, utrudnienie mowy i kaszlu, upośledzenie czucia na całej skórze, zupełna bezwładność kończyn bez zesztywnienia, głównie dolnych; jakkolwiek moczu i kału nie oddaje pod siebie, niema jednak świadomości, kiedy ma je oddać i załatwia naturalne potrzeby tylko na podstawie wiadomości, że je powinna załatwić jak dawniej". 4/IV otrzymaliśmy wiadomość, że chora zmarła wśród objawów poraźnych, nieustannie się rozszerzających.

Zmarła ona przeto w 3 dni po ukończeniu leczenia a w 31 dni po ukąszeniu.

Trzeba przyznać, że przypadek ten bardzo zaniepokoił tak mnie, jak i wszystkich w Zakładzie. Nasuwało się pytanie, czy jednakże tutaj nasze energiczne leczenie nie zaszkodziło chorej, zwłaszcza dlatego, że przebieg choroby wśród wyłącznie poraźnych objawów wyglądał bardzo podejrzanie. Czy więc należało szczepić i nadal według nowego planu — wobec tego smutnego przypadku, czy też powinniśmy byli może wrócić do starej metody szczepienia?

Statystyka z lat 1903 i 1904 przemawiała stanowczo na korzyść energicznej metody. Owe 2 przypadki śmierci, które do tego czasu w r. 1905 się zdarzyły, tyczyły się ludzi, którzy zgłosili się bardzo późno do leczenia, bo dopiero po 12 i po 16 dniach od ukąszenia; z drugiej strony zaś nie straciliśmy do tej chwili żadnego z energicznie leczonych, a pokąsanych w głowę lub w twarz. Jest jednak ogólnie znaną rzeczą, że rany zadane w głowę i w twarz są najniebezpieczniejsze: wiedząc o tem, szczepiliśmy zawsze tak pokąsanych najenergiczniej. Takich ludzi w r. 1905 leczono przez 16 dni (przedtem 14), używając bardzo dużych dawek rdzeni jednodniowych. Mimo to nie zmarł ani jeden z nich. Umierali tylko ludzie, pokąsani w rękę i szczepieni znacznie słabiej (tylko 12 dni). Zwrócił na to moją uwagę p. Z. Klemensiewicz. — Wreszcie opisano dosyć przypadków, w których wścieklizna występowała wśród objawów porażnych od samego początku u ludzi, którzy wcale metodą Pasteura szczepieni nie byli. Takie przypadki ogłosił Gamaleia.

Postanowiliśmy wreszcie i nadal szczepić energicznie, chociaż ja osobiście straciłem wiele z tego zaufania, z jakiem metodę tę stosowałem jeszcze przed kilku miesiącami.

(C. d. n.)

---

Z Zakładu anatomii porównawczej Uniw. Jag.

## Przyczynek do poznania budowy zębiaków (odontomata).

Podali

**Prof. Dr Wincenty Łepkowski i Jan Stach.**

(Dokończenie.)

Wnętrze pierścienia wypełniają liczne złogi wapienne, które osadzały się nieregularnie dokoła naczyń krwionośnych, odżywiających komórki tego pęcherzyka. Ślady przebiegu tych naczyń utrzymały się w postaci długich zacieśnionych przestworów, wijących się w najrozmaitszych kierunkach wśród zbitej masy wapiennej. Masa ta nie jest ściśle połączona z wewnętrzną ścianą pęcherzyka, gdyż granica między niemi występuje nader wyraźnie i przy sporządzaniu szlifu trzeba było postępować bardzo ostrożnie, aby ten zbity środek nie wypadł z zębinowego obramienia.

Naczynia, które odżywiały pęcherzyk, wnikać musiały do jego wnętrza przez otwór w górnej jego ścianie. Naprowadza na to mała przerwa w pierścieniu zębinowym w tem miejscu, wypełniona, jak powyżej nadmieniono, również złogami wapiennymi.

Pęcherzyk spojony jest z zębem w ten sposób, że na pewnej, dość znacznej przestrzeni zębina zęba przylega bezpośrednio do zębiny pęcherzyka i jak wyżej wspomnieliśmy, otrzymujemy wskutek tego złudny obraz, jak gdyby pęcherzyk był wypukliną zęba, a układy ich kanalików zębinowych pozostawały ze sobą w ścisłym związku. Od dołu zagłębienie pomiędzy ścianą zęba a pęcherzykiem wypełnia znaczna warstwa cementu o licznych ciałkach kostnych, niczem nie różniąca się od zwykłego, który powleka korzenie zębów. Widocznie wytworzył on się tutaj i pokrył pęcherzyk od dołu w tym samym czasie, w którym osadził się i na korzeniach zęba, bo warstwy jego są zupełnie jedno-

stajnie i zgodnie na obu tych tworach ułożone. Od góry zaś, zaraz obok otworu, prowadzącego do wnętrza pęcherzyka, jest również wcięcie, które na pierwszy rzut oka trudno spostrzedz. Odpowiada ono dolnemu, ale nie jest wypełnione cementem, lecz również nieregularnymi osadami wapiennymi, podobnymi do tych, które zapełniają wnętrze pęcherzyka

Przesuwając pod mikroskopem szlif od jednego z tych wcięć do drugiego można określić granicę pomiędzy zębem a pęcherzykiem także i w miejscach, gdzie zaznacza się ona słabo, lub nawet na pozór całkiem niknie, t. j. tam, gdzie kanaliki zębinowe zęba zdają się przechodzić w takież pęcherzyka. Pomocnymi drogowskazami w tem nakreśleniu granicy są przestwory bądź puste, bądź wypełnione złogami wapiennymi, które widoczne są na szlifie pomiędzy zębem, a pęcherzykiem tak od góry, jak i dołu, rozrzucone w znaczniejszych od siebie odstępach.

Posuwając się granicą zespolenia się tych dwóch tworów dostrzegamy, że brzegami wcięcia górnego nie są tak, jak się zrazu wydaje, z jednej strony szkliwo, pokrywające koronę zęba, a z drugiej górna ściana pęcherzyka, lecz że szkliwo od pęcherzyka oddziela niewielka ścianka zębiny, która wznosi się do tej samej wysokości, jak w zębie. Kanaliki zębinowe, przebiegające w tej ścianie, łączą się tak ściśle z kanalikami zęba, że nie ulega wątpliwości, iż ścianka ta utworzona jest z tej samej zębiny, co ząb. Gdy jednak zębina w zębie pokryta jest w tej części, t. j. na koronie, szkliwem, to wspomniana ścianka pokrycia tego jest pozbawiona i wchodzi w łączność z pęcherzykiem w ten sposób, że brzeg jej, zwrócony do niego, spojony jest z nim, jak powiedzieliśmy już poprzednio, złogami wapiennymi i dopiero pod nią jest właściwe wcięcie górne i przebiega granica między pęcherzykiem a zębem.

Do któregoż z trzech, wyróżnionych przez W a l k h o f f a rodzajów nieprawidłowości należałoby zaliczyć opisany tutaj twór? Najbardziej zbliża się on postacią do „ciałka bezszkliwnego“, podobnie bowiem jak ono nie ma pokrycia szkliwnego, zębina tworzy pierścień, a nadto całość spojona jest z zębem. I za takie właśnie ciałko bezszkliwne uznaliśmy twór ten początkowo. Jeżeli jednak sądzić będziemy o istocie tej nieprawidłowości ze sposobu powstawania, jaki W a l k h o f f co do ciałek bezszkliwnych przyjmuje, to w takim razie albo nie jest ten twór w naszym przypadku ciałkiem bezszkliwnem, albo też początek powstawania tych ciałek jest inny, niż W a l k h o f f podaje.

Powstawanie wszystkich przez siebie wyróżnionych rodzajów zębiaków tłómaczy W a l k h o f f w ten sposób:

Przebieg tworzenia się t. zw. „Schmelztropfen“ i ciałek bezszkliwnych jest bardzo do siebie zbliżony, tak w pierwszym bowiem, jak i w drugim przypadku początek daje im bujanie tkanki zębinowej w tym czasie, kiedy budowa zęba nie jest jeszcze całkowicie ukończoną. Istnieje jeszcze mianowicie narząd szkliwny (Schmelzorgan), który spełniwszy już część swego zadania, to jest zabezpieczywszy koronę zęba trwałem pokryciem, otacza jeszcze kształtujące się korzenie, szkliwa już jednak nie wydzielając. Tylko, gdy przy powstawaniu „Schmelztropfen“ nowotwór ten zębinowy nie oddziela się od zęba macierzystego i pobudza w danem miejscu narząd szkliwny do wtórnej czynności wydzielania szkliwa, wskutek czego uzyskuje pokrycie szkliwne, — to ciałka bezszkliwne urastają do znaczniejszych zazwyczaj rozmiarów, odcinają się od zęba, który im dał początek i łączą się z nim dopiero wtórnie zapomocą cementu. Nie pobudzają one nadto narządu szkliwnego do wydzielania twardej substancyi. Zdaniem W a l k h o f f a przyczyny tego szukać należy w tem, że narząd szkliwny w czasie powstawania ciałek bezszkliwnych jest już poprzerastany tkanką łączną, która otacza ząb, nie może więc objąć już roli wydzielania tutaj szkliwa.

Właściwe zaś zębiaki powstają, — zdaniem W a l k h o f f a, — wskutek rozpadu całego zawiązku zębowego. Przebiegu tej nieprawidłowości nie określa on jednak dokładniej, ani dostatecznie nie uzasadnia. Świadczą o tem następujące jego słowa, w których tłómaczy sposób wytwarzania się tych zębiaków: „Eine vielfach durchaus regellose Spaltung eines Zahnkeimes erzeugt das eigentliche Odontom, welches, wenn nur die Wurzel betheiligt ist, natürlich nur Cement und Zahnbein aufweist. Entsteht die Theilung unmittelbar schon beim Beginn der Kronenentwicklung, so sind alle drei Zahnsubstanzen in dem Odontom vorhanden“.

Na powyżej przytoczone tłómaczenie powstawania tych trzech rodzajów nieprawidłowości zębowych nie we wszystkich szczegółach moglibyśmy się całkowicie zgodzić, a w szczególności trudno przyjąć bez zastrzeżeń opis sposobu wytwarzania się „właściwych zębiaków“.

Wiemy z badań rozwoju uzębienia, szczególnie z doniosłych w tym względzie spostrzeżeń przedwcześnie zmarłego B r u n n a, że skoro wypuklenie z listwy zębowej, które ma dać początek jakiemuś zębowi, zetknie się z brodaweczką. występującą naprzeciw niego z tkanki łącznej, to wypuklenie to rozszerza się dzwonkowato i obejmuje z wierzchu brodaweczkę, tworząc na niej jak gdyby pokrycie. Pokrycie to spełnia dwa bardzo ważne zadania w budowie zęba, mianowicie przedewszystkiem nadaje zawsze kształt całej postaci zęba, a powtóre zabezpiecza w przeważnej większości przypadków ząb od niekorzystnych wpływów zewnętrznych przez wydzielenie na części zęba, która wystaje ponad dziąsło, czyli na t. zw. koronie, warstwy nader odpornegc szkliwa.

Zależnie od tych odmiennych zadań, pokrycie to nabłonkowe przybiera w różnych częściach rozwijającego się zawiązka zębowego różną postać.

Ponad szczytem brodaweczki zębowej, t. j. w tej części, z której powstanie korona zęba, pokrycie nabłonkowe rozrasta się znacznie w ten sposób, że nabłonek, tworzący ściankę zewnętrzną, odsuwa się od nabłonka, przylegającego bezpośrednio do brodaweczki zębowej. Przestrzeń, która pojawiła się między temi ściankami wskutek takiego zwiększenia się pokrycia nabłonkowego, wypełniają komórki kształtu gwiazdkowatego pochodzenia również nabłonkowego. Powstaje w ten sposób narząd szkliwny (Schmelzorgan), złożony: z warstwy t. zw. nabłonka wewnętrznego, przylegającego bezpośrednio do komórek brodaweczki zębowej, którego komórki biorą na siebie rolę wytworzenia szkliwa i noszą dlatego nazwę ameloblastów; z warstwy nabłonka zewnętrznego, zabezpieczającego prawdopodobnie cały narząd szkliwny przed naporem otaczającej go tkanki łącznej i naczyń krwionośnych; wreszcie ze zbiorowiska wyżej wspomnianych komórek nabłonkowych kształtu gwiazdkowatego, które wypełniają teraz przestrzeń między temi dwiema warstwami, tworząc tutaj t. zw. miazgę czyli miąższ narządu szkliwnego (Schmelzpulpe).

W bocznych zaś częściach brodaweczki zębowej, t. j. począwszy od okolicy, zwanej później w gotowym zębie szyjką jego, obie ścianki pierwotnego pokrycia nabłonkowego nie odsuwają się od siebie i nie wytwarza się między niemi warstwa komórek gwiazdkowatych. Zaczynają natomiast rosnąć coraz bardziej w głąb szczęki, wskutek czego ząb wydłuża się i zyskuje silne umocowanie w postaci korzeni zębowych. Część ta pokrycia nabłonkowego — zdaniem Brunna, ogólnie przyjętem — kieruje układaniem się i wzrostem odontoblastów, t. j. komórek brodaweczki zębowej, które wydzielają zębinę. Brunn nadał tej części nabłonkowej nazwę pochewki nabłonkowej (Epithelscheide).

Gdy narząd szkliwny po wytworzeniu odpowiednio grubej warstwy szkliwa ginie, poprzerywany naczyniami krwionośnemi i wdzierającemi się w ich ślad komórkami tkanki łącznej, to pochewka nabłonkowa istnieje jeszcze dopóty, dopóki wzrost zęba całkowicie się nie ukończy przez wytworzenie się jego korzeni. U zwierząt, które posiadają zęby, w miarę zużywania się wciąż nadrastające od dołu, n. p. u gryzoni, pochewka ta istnieje przez całe życie u podstawy zębów i kieruje ich wzrostem.

Na tej właśnie różnicy w czynnościach tych dwóch części pokrycia nabłonkowego opiera Walkhoff odmienne postacie wymienionych powyżej nieprawidłowości.

Wyobraźmy sobie, w jaki sposób musiałoby przebiegać zjawisko wytwarzania się tych zboczeń.

W jednem więc podczas wzrostu zęba miejscu, ściśle ograniczonem, zaczyna nagle bujać warstwa odontoblastów, tworząca powierzchnię brodaweczki zębowej. Może to nastąpić bądź u samej podstawy zęba, gdzie komórki nie są jeszcze wybitnie zróżnicowane i nie wydzielają zębiny, albo też powyżej, gdzie ścianka zębiny jest jeszcze za słaba, aby mogła stawić skuteczny opór komórkom brodaweczki, które na nią od wnętrza napierają wskutek tego nieprawidłowego bujania. W obu razach wypuklić się więc może na zewnątrz część brodaweczki, w większych rozmiarach w pierwszym przypadku, mniej w drugim.

Gdyby to wypuklenie nastąpiło w okolicy korony zęba, to znaczy w części, dokąd sięga narząd szkliwny, musiałoby ono zostać pokryte szkliwem i powstałby tylko jak gdyby nowy wzgórek na koronie zęba. Jeżeli pojawi się ono poniżej narządu szkliwnego, gdzie istnieje tylko pochewka nabłonkowa, to właściwie szkliwo nie powinnoby go pokryć. Nie jest jednak całkowicie wyłączonem przypuszczenie, jakie czyni Walkhoff, że wskutek bujania zębiny zostaje pochewka w tej części pobudzona do wydzielania szkliwa. Powstałaby wtenczas nieprawidłowość, którą on nazwał „Schmelztropfen“.

Jeżeliby zaś wypuklenie to powstało u podstawy zęba, to prawdopodobnie wyszłoby poza granice pochewki nabłonkowej i wtenczas nie mogłoby już otrzymać pokrycia szkliwnego. Utworzyłoby się więc zboczenie, które możnaby nazwać całkiem bezszkliwnem.

Prawdopodobniejsze jest takie tłómaczenie powstawania tej nieprawidłowości, aniżeli to, które podaje Walkhoff, że powstaje to ciałko bezszkliwne wskutek bujania zębiny w okresie, kiedy narząd szkliwny i pochewka są już poprzerywane komórkami otaczającej tkanki łącznej Prawdopodobniejsze zaś dlatego, że wypuklenie w każdym razie może nastąpić tylko w okresie, kiedy ścianka zębiny jest jeszcze tak cienka, że może pod naporem komórek ustąpić i wygiąć się na zewnątrz, (bo przecież sama, już utworzona i zwapniała zębina bujać nie może), a wtenczas pochewka istnieje jeszcze wzdłuż ścian zęba. Dlaczegożby więc raz pochewka wydzielała szkliwo, a drugi raz w podobnym przypadku nie? Możliwem byłoby to chyba jeszcze jedynie, gdybyśmy przyjęli, że wypuklenie to dla ciałka bezszkliwnego było tak znaczne i parło z taką mocą, że przerwało w danem miejscu pochewkę, a więc szkliwo nie mogło się na niem osadzić.

Ale w jaki sposób wytłómaczyć sobie w takim razie oddzielenie się ciałka bezszkliwnego od zęba macierzystego, jak to przyjmuje Walkhoff? Jeżeli wypuklenie to powstaje wskutek wygięcia się na zewnątrz, chociażby nawet bardzo znacznego, ścianki zębiny, to w każdym razie pozostawałoby w ścisłym związku z zębem macierzystym. Mogłyby nawet do niego wejść naczynia krwionośne, naturalnie tylko od strony zęba, gdyż od zewnątrz istniałaby już ścianka gotowej zębiny. Mógłby się kanał, łączący to wypuklenie z zębem macierzystym, zacieśnić wskutek zgrubienia warstwy zębiny, a nawet mogłoby się to wypuklenie wypełnić całkowicie zębiną lub złogami wapiennymi, nieregularnie osadzającymi się przy ostatku, ale zawsze byłoby w związku z zębem i zawsze możnaby się było dopatrzyć śladu istnienia pierwotnego kanalika, za pośrednictwem którego to wypuklenie łączyło się z zębem. Nadto i zębina na obwodzie wypuklenia musiałaby być przedłużeniem zębiny w ścianach zęba. W żaden więc sposób nie możemy sobie wytłómaczyć, jakie czynniki mogłyby wpłynąć na to, aby ciałko bezszkliwne odłączyło się od zęba, jeżeli przyjmować będziemy powstawanie ciałka bezszkliwnego w ten sposób, jak podaje Walkhoff.

Oddzielenie takiego ciałka możliwem byłoby jeszcze tylko przy takiem jego powstawaniu, o jakiem wyżej nadmieniliśmy, t. j. że początek mogło mu dać wypuklenie się części brodaweczki u samej podstawy poza granicą, do której sięga pochewka. W takim bowiem razie pochewka, rosnąc następnie w dół dla wytworzenia korzeni zęba, mogłaby odciąć tę wypukloną część od reszty brodaweczki. Gdyby zaś oddzielona w ten sposób od zęba macierzystego część ta miała się dalej rozwijać, musiałyby czynność odżywiania jej objąć naczynia krwionośne z otoczenia i otwór kanalika, wiodącego do wnętrza zwapniałego już ciałka, zwrócony byłby wtenczas na zewnątrz, ku dziąsłom.

Co do właściwych wreszcie zębiaków, to nie jest wyłączonem, że pierwotny zawiązek może uledz rozpadowi. Wszak ząb n. p. słonia, złożony jak gdyby z płyt zębinowych, pokrytych szkliwem i spojonych ze sobą cementem, nie jest niczem innem, jak tylko jedną brodaweczką zębową, która została podzielona wtórnie na liczne drobniejsze części, pozostające jednak w ścisłej łączności. Nie rozumiemy jednak zupełnie końca zdania Walkhoffa, w którem określa on powstawanie i budowę zębiaków: „wenn nur die Wurzel betheiligt ist, natürlich nur Cement und Zahnbein aufweist“. Korzenie są przecież częścią zęba i to tylko dodatkową, późniejszą; cóż więc dzieje się wtenczas, podczas rozpadu zawiązka, z utworzoną już i pokrytą szkliwem koroną zęba?

Nas na razie obchodzi jedynie ciałko bezszkliwne, bo

w niem dopatrywaliśmy się podobieństwa do nieprawidłowości, przez nas tutaj opisanej.

W jaki sposób mogła powstać ta nieprawidłowość badanego przez nas zęba?

W ten, jaki Walkhoff przyjmuje, w każdym razie nie, bo, jak już wskazaliśmy, musiałby pozostać ślad naczyń, które od strony zęba macierzystego ją odżywiały i łączność układów zębinowych. Tutaj zaś tych obu szczegółów nie dostrzegamy.

Mogłaby więc ta nieprawidłowość mieć początek i przebieg rozwoju podobny do tego, jaki wyżej nakreśliliśmy, to jest, że część brodaweczki zębowej, która wypukliła się przy podstawie, straciła łączność z całością wskutek oddzielenia jej przez pochewkę. Dalszy zaś jej rozwój umożliwiły naczynia krwionośne, które wniknąwszy z otoczenia do jej wnętrza, wzięły na siebie rolę odżywiania warstwy komórek, budujących zębinę. Skoro zaś pierwotne odontoblasty zużyły się, a nowych wskutek odmiennych warunków zabrakło, wnętrze wypełniły złogi wapienne. Ponieważ wypuklenie to nastąpić mogło tylko wtenczas, kiedy ząb nie miał jeszcze wytworzonych całkowicie korzeni, przeto narośl ta leży bliżej szyjki zęba, a nadto cement, kończący budowę zęba i osadzający się naostatku na korzeniach, pokrył także i ją i spoił z zębem macierzystym.

Jeszcze chętniej przychylilibyśmy się jednak na stronę następującego tłómaczenia sposobu powstania opisanej przez nas nieprawidłowości:

Wiadomo, że skoro z listwy zębowej odgałęzią się wypuklenia na zawiązki zębowe, tkanka warstwy mezodermalnej zaczyna w odpowiednich miejscach silniej bujać, dając przez to początek brodaweczkom zębowym. Brodaweczki te rozrastają się coraz więcej i wtłaczają w odpowiadające im wypuklenia nabłonkowe, które wskutek tego muszą je pokryć, przybierając przy tem kształt klosza. Wskutek takiego wznoszenia się ku górze i wpuklania się w część pochodzenia nabłonkowego staje się brodaweczka zębowa składnikiem również czynnym, wbrew temu, co po większej części za Rösem przyjęto, że nabłonek występuje zawsze i ciągle czynnie, a brodaweczka zębowa zachowuje się tylko biernie.

Przyjmując ten czynny udział brodaweczki zębowej w wytwarzaniu zęba, wyobrazić sobie możemy, że naprzeciwko wypuklenia nabłonkowego dla danego zęba wystąpiła z tkanki łącznej brodaweczka większych rozmiarów, niż to zazwyczaj dzieje się przy tworzeniu się tego zęba trzonowego. Wyobrazić to sobie możemy tem łatwiej, że z jakichś dokładniej nieznanych nam przyczyn nie wytworzyło się z listwy zębowej, lub też, co jeszcze prawdopodobniejsze, zmarniało wypuklenie dla zęba sąsiedniego, pobudzona więc do bujania tkanka mezodermalna wystąpiła dla zęba następnego w większych rozmiarach. Wskutek tego wypuklenie nabłonkowe nie zdołało nakryć dzwonowato całej powierzchni tej brodaweczki, tylko znaczniejszą jej część, o takim obszarze, jak to się dzieje zazwyczaj. Gdy więc w miejscach, pokrytych nabłonkiem, wytworzył się ponad brodaweczką narząd szkliwny, a w następstwie tego szkliwo, to ta część brodaweczki, która nie została tem wypukleniem nabłonkowem objęta, pozbawioną również została i tej warstwy, ochraniającej od zewnątrz zębinę. Nie przeszkodziło to jednak rozwojowi tej części brodaweczki zębowej. Naczynia krwionośne, tak licznie oplatające rozwijający się zawiązek zębowy, nie powstrzymywane przez narząd szkliwny, który ponad tą częścią brodaweczki się nie rozwinął, wniknęły do wnętrza tej części z otoczenia, a niosąc odpowiedni materyał odżywczy odontoblastom, tutaj znajdującym się, dozwoliły wytworzyć im pierścień zębiny znacznej nawet grubości. Ponieważ równocześnie obok wzrastała warstwa zębiny w części, pokrytej narządem szkliwnym pod wpływem naczyń krwionośnych, odżywiających zawiązek zębowy od wnętrza jego miazgi, przeto powstały jednocześnie w jednolitej początkowo brodaweczce zębowej wskutek takiego następstwa rzeczy dwa układy zębinowe, bezpośrednio do siebie przylegające, lecz całkiem odrębne, o różnych ogniskach rozwoju.

Rozwój części, pokrytej początkowo nabłonkiem, poszedł i w dalszym ciągu prawidłowym tokiem. Pochewka nabłonkowa zaopatrzyła ząb w korzenie, na których osadziła się warstwa cementu. Natomiast część, pozbawiona od początku tego pokrycia nabłonkowego, nie mogła także otrzymać i teraz korzeni, ale cement, powlekający korzenie zęba, osadził się równocześnie i na spodniej stronie tego pierścienia, wiążąc go ściślej jeszcze z zębem macierzystym.

Za powyższem tłómaczeniem powstania opisanej przez nas nieprawidłowości przemawia to, że zębina korony zęba łączy się ściśle ze ścianką zębiny, która przylega do pęcherzyka i wznosi się do tej samej wysokości, co w zębie obok, a tylko nie jest pokryta szkliwem, chociaż nim być pokryta powinna, jako należąca do tego samego układu zębinowego; dalej, że zębina pęcherzyka przylega tak dokładnie w niektórych miejscach do zębiny zęba prawidłowego, że zdają się tworzyć jednolitą całość, musiały więc powstawać obie równocześnie, na co wskazuje także cement w jednolitych warstwach, a więc widocznie jednocześnie osadzany na korzeniach i na dolnej stronie tego pęcherzyka.

Jakkolwiek takie tłómaczenie powstawania tej nieprawidłowości zdaje się nam być bardzo prawdopodobnem i prostem, to jednak dalecy jesteśmy od tego, jak to zresztą już na początku zaznaczyliśmy, abyśmy uważali to tłómaczenie za zupełnie pewne i nie ulegające krytyce. Chcąc pewność taką uzyskać, musielibyśmy mieć możność zbadania licznych podobnych przypadków.

W zakończeniu tej notatki niech nam będzie wolno jeszcze pomieścić podziękowanie drowi Hoyerowi (jun.), prof. anatomii porówn. Uniw. Jagiell., za łaskawe pozwolenie korzystania ze środków Jego pracowni i wspieranie nas cennemi wskazówkami.

## Oceny i sprawozdania.

## Przekrwienie jako środek leczniczy.

Sprawozdanie poglądowe.

Zestawił

**Dr Adolf Klęsk.**

Wszelkie »nowe« sposoby leczenia spotyka los podobny: albo zaraz się o nich zapomina, albo też zyskują wielki rozgłos. Rozgłos ten uzyskać mogą (nie licząc ich nominalnej wartości) z tego powodu, że albo podane zostały przez człowieka bardzo znanego i słynnego, lub na odwrót przez kogoś, który zupełnie nic wspólnego z nauką medycyny nie ma. W ten sposób zyskało też rozgłos leczenie przekrwieniem, wznowione i naukowo zastosowane przez Biera. Śledzenie sprawy gojenia się, dalej natu-

ralnych i domowych sposobów leczenia zwróciło między innemi uwagę Biera na leczenie przekrwieniem i podał on je też nie jako zupełnie nowy, lecz jako wznowiony środek leczniczy. I cóż się stało? Sposób ten wraz z różnemi odmianami przyjął się tak prędko, że obecnie leczenie przekrwieniem stało się, jak to mówią »modnem«, wie o niem każdy inteligentny chory i żąda już często od lekarza, by go leczył w ten sposób. Przyrządy do wywoływania przekrwienia reklamuje się wszędzie, zjawiają się one już na wystawach sklepów i bandażystów, przejdą zapewne do sfer popularno-lekarskich, jak cyrulików i felczerów, podobnie jak bańki, gorczyczniki i pijawki.

Leczenie »bez pomocy noża«, to hasło, muszące zrobić przecież ogromne wrażenie.

Jeżeli Bier pragnął swój sposób zastosować do pewnych chorób i w pewnych warunkach, to zwolennicy jego zaczęli go stosować wszędzie, wymyślając najrozmaitsze przyrządy do tego i mamy już n. p. maskę do leczenia płuc przekrwieniem, dzwon do leczenia jam nosa, chorób ucha, macicy, chorób ocznych, zębów i t. d. Każde czasopismo lekarskie zawiera prawie w każdym poszycie wzmiankę o leczeniu przekrwieniem, najważniejsze też z nowszych prac w tym zakresie zebraliśmy w tem sprawozdaniu.

---

Nie wdając się w dokładniejszy opis sposobu Biera, zwrócimy tylko uwagę na najważniejsze jego punkta i wyniki lecznicze.

Przekrwienie stosować można w postaci: przekrwienia biernego, czynnego lub mieszanego (niektóre bowiem środki i przyrządy działają tak, że wywołują oba rodzaje przekrwień jedno po drugiem).

Przekrwienie ma mieć następujące działanie: 1) łagodzi ból, 2) przyśpiesza wessanie (p. czynne), lub je zwalnia (p. bierne), 3) działa bakteryobójczo, 4) ma własność rozpuszczania pewnych tkanek, 5) działa odżywczo.

Przekonajmy się teraz, co w ostatnich czasach powiedziano w piśmiennictwie o poszczególnych punktach.

Łagodzące ból działanie przekrwienia (umiejętnie stosowanego) nie ulega wątpliwości, o ile z drugiej strony stosowanie przekrwienia szablonowo stać się może przyczyną wielkich dolegliwości dla chorego. To złagodzenie bolu tłómaczy sobie Ritter pęcznieniem i nasiąkaniem surowiczem tkanek, podobnie jak to się dzieje przy znieczuleniu sposobem Schleicha. Bum tłómaczy sobie to łagodzenie bolu podobnie; jego zdaniem n. p. w stawie wysięk działa podobnie, jak wyciąganie, odsuwa od siebie chore części. Zapewne z tego powodu można w leczeniu przekrwieniem rozpoczynać tak szybko ruchy bierne i czynne w bolesnych niedawno stawach. To łagodzące działanie przekrwienia powszechnie jest znane i ono to sprawiło, że już oddawna przeciwko nagłym bolom stosuje się bańki, gorczyczniki i okłady gorące i wysychające. Zanadto silne przekrwienie nie usuwa bolesności, przeciwnie, może ją nawet wywołać lub potęgować i wtedy raczej usuwanie krwi z danego miejsca sprawia ulgę (pijawki, okłady zimne, lód i t. d.). Przekrwienie działa korzystnie także przeciwko swędzeniu i z tego powodu polecił je Ritter do leczenia chorób skórnych. Korzystny wpływ zauważono tutaj głównie przy wypryskach przewlekłych sączących (Ritter, Lossen), które leczono przyrządami ssącymi. Co do róży i różowatych zapaleń skóry, to zdania są tak podzielone, że raczej przyjąć należy, iż przekrwienie nie działa tu korzystnie. Dobre wyniki lecznicze spostrzegał prócz Biera Heller, natomiast złe Sick i Bestelmeyer. Pamiętać też należy o tem, że opaska, nieumiejętnie założona celem wywołania przekrwienia biernego, wywołuje często właśnie występowanie różowatych zmian skóry, dalej występowanie ropni (Lexer) i zakrzepów żylnych.

Co do przyspieszenia wessania, to w ten sposób działa głównie przekrwienie czynne; stosuje się je też z tego powodu w wysiękach zapalnych, w sprawach gośćcowych i im pokrewnych (gośćcowe i wiewiórowe zajęcie stawów), w krwiakach, wysiękach mięśni (t. zw. postrzałach), w zapaleniach okostnej, gruczołu przyusznego, migdałów i t. d. Przekrwienie to może w wielu razach wstrzymać rozwój sprawy zapalnej. Podobnie działać też może i przekrwienie bierne, a to znów wskutek swych bakteryobójczych i rozpuszczających własności.

Zwolnienie wessania zauważyć można przy stosowaniu przekrwienia biernego w ostrych sprawach zapalnych. Joseph wywoływał sztucznie obrzęk podług Biera i wstrzykiwał w te miejsca zwierzętom strychninę w śmiertelnej dawce. Z 7 zwierząt 6 pozostało przy życiu, natomiast wszystkie kontrolne zginęły. Wobec tego sądzi Joseph, że obrzęk rozcieńcza jad i nie dozwala, by się szybko dostawał do krążenia. Bier radzi stosować przekrwienie czynne głównie w niezakaźnych sprawach chorobowych, a biernie w sprawach, toczących się na tle zakażenia drobnoustrojami.

W ostrych sprawach zapalnych polecił Bier stosowanie przekrwienia przez kilka do kilkunastu godzin, potem przerwę i wysokie powieszenie kończyny i znowu przekrwienie. Przeciwko temu wystąpił Lexer. Według niego przypadki, poddawane leczeniu, podzielić można na 4 grupy: 1) przypadki lekkie bez gorączki, w których naciek ustępuje zupełnie; 2) przypadki bez gorączki, w których ropa toruje sobie szybko drogę na zewnątrz; 3) przypadki, w których naciek mięknie, lecz szerzy się mimo tego stale, gorączka nie opada, lecz przeciwnie wzrasta, a nieraz dołącza się różowate zajęcie skóry; 4) przypadki, w których naciek ciągle się powiększa i mimo stosowania przekrwienia następuje zajęcie naczyń limfatycznych, a nawet i żylnych, gorączka wzrasta i drobnoustroje dostają się do obiegu krwi. Przekrwienie wywołuje następujące zmiany: a) zmienione chłonienie, b) tworzenie się ciał ochronnych i fermentów protolitycznych, c) przesięk. Wchłanianie przy stosowaniu opaski jest wprawdzie zwolnione, lecz natomiast po zdjęciu jej tem więcej przyspieszone. To zmniejszone wchłanianie wyłącza ustrój z walki z zakażeniem, a podczas tego w miejscu, chorobą dotkniętem, zbierają się toksyny i powstałe z rozpadu drobnoustrojów endotoksyny. Ciała te dla tkanek obojętnemi być nie mogą. Po zdjęciu opaski dostają się one do krążenia. To więc, co z pomocą cięć i sączków usuwamy na zewnątrz, tu zostawiamy w ustroju. Tkanka, poddana zastoinie, nie jest wcale, jak wielu sądzi, jałową. Wprawdzie obrzęk zabija po części mikroby, lecz przytem tworzą się też endotoksyny, a mikroby rozwijają się dalej. To nasycenie endotoksynami sprawia, że często dołącza się do tych cierpień po stosowaniu przekrwienia zastoinowego róża lub różowate zajęcie skóry, szerząc się aż do miejsca założenia opaski. (To powikłanie sam Bier odnosi do wadliwego założenia opaski). Wobec tego sądzi Lexer, że: zmienione stosunki wessania przy stosowaniu przekrwienia nie sprawiają szkody tylko w przypadkach lekkich, w ciężkich należy dołączyć zawsze nacięcie, a dalej, że wzmożenie się ciał ochronnych w tkance jest mniejszej wagi, niż uwolnienie się endotoksyn. Bardzo też często po zdjęciu opaski i po powieszeniu kończyny spostrzedz można pogarszanie się stanu chorego, gorączkę i dreszcze.

Co do bakteryobójczego działania przekrwienia, to Laquer badał surowicę z przesięku *in vitro* i przekonał się, że działa ona tylko trochę silniej bakteryobójczo, niż surowica zwykła. Buchner działanie to odnosi do miejscowego nagromadzenia się ciałek białych, a raczej zaczynów, z nich powstałych. Hamburger prócz tego zwraca jeszcze uwagę na działanie bezwodnika kwasu węglowego we krwi zastoinowej. Te wszystkie szczegóły, jakoteż dawne spostrzeżenie Rokitanskyego, że gruźlica płuc występuje rzadko u osób chorych na serce (zastoina w płucach), skłoniły wielu do leczenia gruźlicy płuc przekrwieniem, a Kuhn sporządził do tego odpowiednią maskę, którą stosuje się przy odpowiedniem położeniu ciała z głową na dół.

Rozpuszczające działanie przekrwienia objawia się w częstem występowaniu ropni zimnych przy leczeniu gruźlicy, w zaniku wybujałej ziarniny, uruchomieniu stawów, znikaniu z nich narośli grzybowatych, w mięknieniu nacieków i t. d. W końcu przekrwienie ma także działanie odżywcze. Kończyny n. p. stale przekrwione (wskutek zakrzepu) ulegają przerostowi. W tej myśli stosuje Ritter u niedokrwistych i zołzowatych dzieci »przekrwienie w miejscu wyboru«, wyłączając co pewien czas z obiegu krwi poszczególne kończyny.

Przekrwienie czynne stosujemy głównie w postaci leczenia gorącem powietrzem w osobno do tego zbudowanych przyrządach, dalej w postaci różnych drażniących środków chemicznych i t. d. Przekrwienie bierne zaś wywołujemy zapomocą opaski elastycznej.

Trzeba pewnej wprawy i doświadczenia, by opaskę założyć dobrze, t. j. nie za mocno i nie za wolno, a stosownie do danej sprawy chorobowej. Manninger radzi zakładać opaskę nieco silniej w gruźlicy, zaś wolniej w ostrych sprawach zapalnych. Kończyna powinna zawsze pozostać ciepłą, bóle powinny się zmniejszać i chory nie powinien odczuwać żadnych sensacyi nerwowych, jak mrowienie i t. d. By temu zapobiedz podał Henle opaskę, nadymaną powietrzem. Zakłada się ją luźnie i następnie wydyma. Wywiera ona łagodny równomierny ucisk i ciśnienie daje się dowolnie regulować. Najlepszą rękojmią dobrego założenia opaski jest podmiotowe wrażenie, jakie chory odnosi. Przejściem niejako od przekrwienia czynnego do bier-

nego są przyrządy ssące Bier-Klappa w postaci dużych kloszów, dla całych kończyn lub stawów i małe bańki ssące. Według Tomaszewskiego bańki działają w ten sposób, że przy założeniu wywołują przekrwienie bierne (rozpuszczające i rozcieńczające jady), a po odjęciu przekrwienie czynne (sprzyjające chłonieniu rozpuszczonych jadów). (Dok. nast.)

# Wyciągi.

**MEDYCYNA WEWNĘTRZNA.** Schmidt. **Czynnościowy brak soku trzustkowego.** (*D. Archiv. f. klin. Med.* T. 87). Wiadomości nasze rozpoznawcze w zakresie chorób trzustki, zwłaszcza zaburzeń w jej wydzielaniu, są bardzo jeszcze niedostateczne; sposoby, mające na celu stwierdzić brak lub niedostateczne wydzielanie soku trzustkowego, nie są ścisłe, jak np. sposób Cammidgego i Sahliego (metoda kapsułek glutoidowych). Obecnie podaje autor nowy własny sposób. Opiera się on na spostrzeżeniu, że sok trzustkowy jest jedyną ze wszystkich wydzielin przewodu pokarmowego, trawiącą jądra komórek; oprócz niego tylko dłuższe gnicie w jelitach może również zniszczyć jądra. Wykonanie próby jest następujące: Świeże mięso wołowe kraje się w kostki o długości boku $^1/_2$ cm. i ustala w bezwodnym wyskoku, poczem każdą kostkę z osobna wkłada się do małego woreczka z jedwabnej gazy, zasznurowanego długiemi nitkami; woreczek taki przechowuje się również w wyskoku. Przed użyciem opłukuje się go przez $^1/_2$—1 godziny w bieżącej wodzie i podaje się potem choremu w opłatku wśród jedzenia (próbnego). Po przejściu przez cały przewód pokarmowy odnajdują się później woreczki w stolcu, a treść ich bada się co do obecności jąder komórkowych po opłukaniu wodą odrazu lub po ustaleniu w preparatach barwionych. Krócej, niż 6 godzin, a dłużej, niż 30, nie powinny przebywać woreczki w przewodzie pokarmowym, przy dłuższem bowiem przebywaniu nasuwa się wątpliwość, czy zniszczenie jąder nie nastąpiło skutkiem gnicia w jelitach. Jeśli w powyższych granicach czasu jądra komórek mięsnych okażą się w większej części niestrawione, możemy wnosić o zaburzeniu w wydzielaniu się soku trzustkowego. *Wilczyński.*

Doc. Joachim. **O niektórych formach posocznicy, biorącej początek z dróg moczowych.** *a)* **Gorączka po cewnikowaniu,** *b)* **Ogólne zakażenie prątkiem okrężnicy.** (*D. Archiv. f. klin. Med.* T. 87). *a)* Wiadomo, że prócz samego ujścia cewki moczowej, reszta narządu moczowego nie zawiera w prawidłowych warunkach drobnoustrojów; tylko w stanach chorobowych pojawiają się rozmaite bakterye bądźto pierwotnie, bądź też osiedlają się dopiero następowo; stąd dostawać się mogą czasem do krwi i wywoływać szybko przemijające bakteryemie lub poważne objawy posocznicze. W ostatnich czasach dużo zastanawiano się, czy nagłe wzniesienia gorączkowe, występujące po zastosowaniu cewników, zgłębników, rozszerzaniu cewki itd., powstają przez zakażenie drobnoustrojami, czy też przez zatrucie truciznami moczowemi, albo nawet skutkiem wstrząsu nerwowego. Nowsze spostrzeżenia stanowczo wskazują, że w większości przypadków przyczyną gorączki po cewnikowaniu są drobnoustroje, dostające się do krwi z najdrobniejszych ubytków błony śluzowej. Jeden taki przypadek śmiercią zakończonej posocznicy, wywołanej gronkowcem białym, opisuje autor. *b)* U chorej 41-letniej z powodu raka szyjki macicy, sięgającego do dna pęcherza moczowego, wyłuszczono całą macicę wraz z przydatkami. Ponieważ istniała trudność w oddawaniu moczu, założono cewnik na stałe, który istniejące już przedtem, a stwierdzone cystoskopem objawy lekkiego nieżytu pęcherza spotęgował i był powodem dostania się do krążenia prątków okrężnicy i następowej ogólnej posocznicy. *Wilczyński.*

Biland. **Zmiany w naczyniach i narządach, wywołane przetworami nadnerczy.** (*D. Archiv. f. klin. Med.* T. 87). Spostrzeżenie Josuego, że śródżylne wstrzykiwania adrenaliny wywołują u królika zmiany miażdżycowe, potwierdził następnie cały szereg badań późniejszych. Doświadczenia autora dotyczyły 18 królików, którym do żyły usznej wstrzykiwał codziennie *suprareninum hydrochloricum* w 1‰ roczczynie; u 8 królików podawał równocześnie podskórnie jodek potasowy, tutaj jednak wbrew wszelkim oczekiwaniom zmiany w naczyniach były przy sekcyi daleko znaczniejsze, aniżeli u tych zwierząt, którym wstrzykiwano samą suprareninę. W małej tylko odsetce wstrzykiwania, nawet kilkomiesięczne, nie pociągały za sobą żadnych zmian; na czem ta indywidualna odporność zwierząt wobec przetworów nadnercza polega, — nie wiadomo. Czy przyczynę zmian w naczyniach upatrywać należy we wpływie mechanicznym, podnoszącym parcie krwi, czy też w toksycznym, nie jest rzeczą pewną; przeciw pierwszemu przypuszczeniu przemawiają doświadczenia Lissauera, który długotrwałemi wstrzykiwaniami kofeiny nie zdołał wywołać zmian w naczyniach i Brauna, który stwierdził, że łączenie adrenaliny z azotynem amylowym żadnego nie wywiera wpływu na powstanie zmian w naczyniach; Fischer wreszcie stwierdził, że cały szereg najrozmaitszych środków (wstrzykiwanie kwasu solnego, mlecznego, fosforowego, digalenu itd.) wywołuje zupełnie podobne obumarcia i zwapnienia naczyń; przy długotrwałych wstrzykiwaniach digalenu dochodzi nawet do wytworzenia się tętniaków. Parcie krwi po wstrzykiwaniach supracreniny podnosi się tylko na krótki czas (5—7 minut). Zmiany miażdżycowe w ścianach tętnic tłómaczą się uszkodzeniem w pierwszym rzędzie naczyń odżywczych (*vasa vasorum*), które w następstwie pociągają za sobą zaburzenia w odżywieniu najwrażliwszej warstwy środkowej (*media*). Cała ta sprawa ma pewne podobieństwo do zapalenia błony środkowej tętnic na tle kiłowem u ludzi. Ze zmian w innych narządach po wstrzykiwaniu przetworów nadnerczy jako najczęstsze wymienić należy: przerost z rozszerzeniem serca, czasami zauważono także rozsiane stwardnienie, zawały z niedokrwienia, obrzęk lub zmiany komórek zwojowych mięśnia sercowego, dalej wybroczyny w obwodowych częściach zrazików wątroby, nagromadzenie barwika lub obumarcie pojedynczych komórek wątrobnych i komórek gwiazdowatych Kupfera. W nerkach powstają bardzo często mniej lub więcej rozległe obumarcia nabłonków, złogi wapienne w ścianie kanalików, rzadziej w podścielisku międzykanalikowem, przekrwienie i drobne wybroczyny w istocie rdzeniowej. Zmiany w nerkach były u królików, którym podawano równocześnie z supraręniną i KJ., daleko wybitniejsze. Mocz zwierząt, poddanych doświadczeniu, był bardzo trujący tak, że już 0·5—1 cm.$^3$, wstrzyknięte podskórnie drugiemu zdrowemu królikowi, wywoływało śmierć natychmiastową wśród kurczów tężcowych i spadku parcia krwi; po wstrzyknięciu mniejszych ilości moczu, parcie krwi nagle się zmniejszało, zwierzę jednak pozostawało przy życiu. Dowodzi to, że suprarenina, jako taka, przynajmniej w większej ilości nie wydziela się moczem, natomiast znajdują się w nim jakieś bliżej nieznane substancye trujące. *Wilczyński.*

**CHIRURGIA.** Elsner. **Ulepszony wziernik do odbytnicy.** (*Deutsch. med. Wochft.* Nr. 34, 1906). Wziernik, podany przez autora, kształtem swym przypomina wzierniki uszne, przez co wprowadzenie jest znacznie ułatwione. Z boków ma dwie szpary, które pozwalają oglądać większą przestrzeń. Wprowadza się go razem z mandrynem. Ujście szerokie dozwala w nim wygodnie operować. Nadaje się on do panelektroskopu. Wyrabia go „Medizinisches Waarenhaus" w Berlinie. *Klęsk.*

Brentano. **Nowa umywalnia do sal operacyjnych w szpitalach polowych.** (*Deutsch. med. Wochft.* Nr 34, 1906). Umywalnia autora daje się rozkładać i dobrze przewozić, można ją ustawić wszędzie, nie łatwo ulega uszkodzeniu, daje się bez trudu naprawiać, kosztuje niewiele, a odpowiada obecnym wymogom nauki. Składa się ona ze stolika z miednicą i części doprowadzającej i odprowadzającej wodę. Stolik (wysoki 80 cm.) składa się z biało lakierowanej płyty z blachy żelaznej (70—45 cm.) i nóg żelaznych do składania. Woda dopływa z wiszącego rezerwoaru blaszanego zapomocą rur gazowych, a uchodzi kurkami lub wężami gumowymi z zaciskiem. Każda umywalnia waży 10 kilogramów. Stół złożony zajmuje przestrzeń $70 \times 45 \times 14$ cm. i kosztuje 29 marek (fabr. O. Schulz, Berlin). *Klęsk.*

Prof. Riedinger. **Leczenie guzów krwawniczych.** (*Deutsch. med. Wochft.* Nr 34, 1906). Badanie palcem jest niedostateczne, pomieszać bowiem można guzy krwawnicze z polipami i przeoczyć inne cierpienie. Leczyć guzy krwawnicze trzeba odrazu i często wtedy znikną bez operacyi. Leczenie to polega na usuwaniu przyczyny choroby głównej, miesieniu, kąpielach, zmywaniach odbytu po stolcu zimną wodą, ewentualnie polecić należy kuracyę karlsbadzką. Wypryski, swędzenie i szczeliny leczyć należy odpowiednio maściami i wycięciem. Katzenstein poleca zakładanie wacików, napojonych mieszaniną: *Rp. Extract. bellad. 0,5, Cocaini 0,05, Ammon. sulph.-ichtyol. 6,0.* Czasem noszenie krążka oddaje dobre usługi. Niekrwawe leczenie chirurgiczne polega w pierwszym rzędzie na rozciągnięciu zwieracza. Nie można tego wykonać w stanie zapalnym. Ze sposobów leczenia krwawych najdawniejszem jest przypalanie. Celem zapobiegania następowemu krwotokowi szyje Rotter przypalone miejsce katgutem. Przypalać należy nie okrężnie, lecz miejscami, by uniknąć następowego zwężenia. Stolec po 4—5 dniach, czasem przy nim omdlenia. Wyniki są wcale dobre (882 wyleczeń); pamiętać należy jednak o możliwości krwotoku następowego, zwężeniu i bolesności w czasie gojenia. Leczenie wstrzykiwaniami ma także wielu zwolenników. Wstrzykuje się zwykle roczyn: *Rp. Acid. carbol. liquef. 1,10, Aq. dest. 3,0, Glycerin, 3,0* dalej wyskok, jodoform, eter, ergotynę, gorący roczyn soli ku-

chennej. Nie należy przytem jednak zapominać o możliwości powikłań przy wstrzykiwaniu takich ostrych środków do żył. Najdoszczętniejszym sposobem jest całkowite wycięcie guzów. Należy przytem zostawiać mostki zdrowej błony śluzowej, szyć podłużnie i poprzecznie i starannie krwotok zatamować. Mikulicz nie podwiązuje naczyń, lecz je obejmuje w szew, pole operacyjne zlewa ciągle zimnym rozczynem kwasu borowego, zamiast wycierania rany. Rany goją się przytem gładko bez zakażenia. Szyć należy skrupulatnie, zabierając igłą błonę śluzową daleko od brzegu. W razie puszczenia szwu tworzą się trudne do gojenia wrzody. Przed operacyą dobrze jest włożyć do kiszki dość głęboko trochę gazy jodoformowej, by uchronić pole operacyjne od zakażenia kałem. Wyniki leczenia: 98·5% wyleczeń. Leczenie podwiązaniem jest metodą najwygodniejszą. Podwiązywać można guzki u podstawy lub je okłuwać. Podwiązki odpadają po 8 dniach. Wyniki tego leczenia: 89·4% wyleczeń. Węzeł zaciskać należy bardzo silnie, bo tak prędzej guzki odpadają i bole następowe są mniejsze. Sposób ten jest najłatwiejszy, może go każdy lekarz sam wykonać w miejscowem znieczuleniu. Nawroty łatwo zawsze znowu zoperować. Podwiązywać najlepiej jedwabiem niegrubym. *Klęsk.*

Glimm. **O chłonieniu otrzewnej i zmianach jego przy zapaleniu.** (*Deutsch. Zeift. f. Chir.* T. 83 Z. 3—4). Badania chłonienia otrzewnej nie doprowadziły jeszcze do jednomyślnych wyników; i tak np. wyniki ostatnich prac o chłonieniu otrzewnej w stanie zapalnym są wprost sprzeczne. Schnitzler i Ewald twierdzą, że chłonienie przy zakażeniu jest zwolnione, a Clairmont i Haberer, że przyspieszone. Te sprzeczności pochodzą zapewne z różnicy sposobów badania. Autor badania swoje wykonał na psach i królikach, używając jako probierza chłonienia cukru mlecznego. Wielką przeszkodą w badaniu jest trudność wywołania ropnego zapalenia otrzewnej u zwierząt. Zwykle zwierzęta w razie silnych dawek giną odrazu, lub też na odwrót w razie słabszego zakażenia pokonywują je zupełnie. Doświadczenia autora stwierdzają, że w razie zapalenia otrzewnej na tle drobnoustrojów chłonienie jest przyspieszone. Prócz chłonienia ważną rolę w zapaleniu otrzewnej odgrywa fagocytoza i własności bakteryobójcze jamy brzusznej. Autor starał się też znaleźć sposób zwalczania chłonienia, a przez to dania ustrojowi czasu do zgromadzenia naturalnych sił obronnych, za najodpowiedniejsze uznał autor środki zwężające i zatykające drogi limfatyczne. Exner w tym celu polecił adrenalinę. Autor wybrał środki oleiste, opierając się na doświadczeniach Klappa, który stwierdził, że cukier mleczny w rozczynie oleistym o wiele wolniej się wydziela. Do doświadczeń swych używał autor wstrzykiwań parafiny, oliwy, oleju kamforowego, waseliny itd., badając krew co do ilości zawartych w niej po zakażeniu drobnoustrojów, gdyż okazało się, że tłuszcze wstrzymują głównie chłonienie cząstek nierozpuszczalnych, a nie substancyi rozpuszczalnych. Autor zakażał jamę otrzewną prątkiem okrężnicy. Z badań swych wnosi, że wstrzyknięcie oliwy np. zwalnia przejście drobnoustrojów do krwi, a nieraz zupełnie nawet je wstrzymuje. Wstrzyknięcie wyjałowionej oliwy nie wywierało nigdy szkodliwego wpływu na ustrój. Ponieważ oliwa sama przez się działa bardzo słabo bakteryobójczo, a nadto ponieważ tu nie chodzi o podniesienie odporności ustroju przez płyn wstrzyknięty, (gdyż zwierzęta kontrolne, którym wstrzyknięto rozczyn soli kuchennej, ginęły), dochodzi zatem autor do wniosku, że jedynie mechaniczne działanie ma znaczenie. Zwolnienie chłonienia przy zapaleniu otrzewnej jest dla ustroju czynnikiem pomyślnym i wcale nie usposabiającym do rozwoju zapalenia, jak to wielu sądzi. Wstrzykiwanie większej ilości płynu do otrzewnej zupełnie nie zwalnia chłonienia drobnoustrojów, owszem przyspiesza je raczej. Zamiast oliwy dobrze jest wstrzykiwać olej kamforowy; działa on równocześnie korzystnie odrazu na serce. Zapalenie otrzewnej powstaje wskutek zbyt szybkiego wessania, a nie wskutek zbyt wolnego. U człowieka w razie zapalenia otrzewnej poleca autor wstrzykiwania około 130 ccm 1% oliwy kamforowej. Wstrzykiwań zapobiegawczych do zdrowej jeszcze otrzewnej autor nie radzi. *Klęsk.*

Piotr Bade. **Częściowy przerost, jako przyczyna wrodzonego zniekształtnienia.** (*Archiv für Ort. und Mech. und Unf.* 1906, Z. 4). W związku z pracą Riedingera o istocie, powodach i powstawaniu zniekształtnień, omawia B. zniekształtnienia wrodzone, które powstają przez częściowy przerost kości i specyalnie tłómaczy powstawanie wrodzonego zwichnięcia przez przerost dolnych ćwiartek panewki stawowej. Twierdzenie swoje popiera mniej lub więcej schematycznymi rysunkami i fotogramami Röntgena, (w których jednak zdaniem referenta nie można dostrzedz tego, co tam chce widzieć B. W szczególności rozmaite odległości można z całym spokojem uważać za złudzenia optyczne). *Doc. Chlumský.*

**POŁOŻNICTWO I GINEKOLOGIA.** F. Turán. **Sposób Biera w zastosowaniu do wnętrza macicy.** (*Zentr. f. Gyn.* 1906, Nr 28). Narzędzia: cewnik maciczny z okienkami i płytką, chroniącą od zbyt głębokiego wprowadzenia; kaniula szklana w kształcie odwróconego Y, którego ramię pionowe łączy się sztywnym sączkiem z cewnikiem, jedno boczne ramię z manometrem, drugie z pompą; w tłoku pompy są dziurki, co ½ ctm., aby go można przez wprowadzenie koleczka ustalić w dowolnem położeniu. Sposób użycia: wziernik, oczyszczenie pochwy i części pochwowej, ściągnięcie tejże kulociągiem, wprowadzenie cewnika kleszczykami, wytamponowanie sklepienia tylnego gazą, aby ustalić cewnik i zapobiedz dostaniu się powietrza obok cewnika do jamy macicy, poczem następuje działanie pompy. Uzyskawszy pożądany stopień ciśnienia ujemnego, należy założyć zaciski na oba sączki, prowadzące do kaniuli, lub też tylko zapomocą koleczka ustalić tłok pompy. Manometr wskazuje, czy ciśnienie nie podnosi się. Posiedzenie trwa 20 minut, ze względu jednak na chorą mogłoby bez szkody trwać dłużej. Po 48 lub 24 godzinach zabieg się powtarza. — W 4 przypadkach przewlekłego nieżytu macicy stosował T. to leczenie od 5—20 minut, codziennie lub co drugi dzień, przy 50 do 80 mm. słupa rtęci, przez 3—6 tygodni. Leczenie jest niebolesne, po 7—12 dniach ustępują dolegliwości; u 3 chorych znikły bole przy regularności. W przeciwieństwie do tego podają Rudolph i Bauer, iż przy stosowaniu pochwowem metody Biera pojawiają się niekiedy silne, bolesne kurcze macicy, zniewalające do przerywania ssania w odstępach 5-minutowych. Przedmiotowo stwierdza się już po kilku dniach zmniejszenie się wydzieliny, a zarazem zmianę upławów ropiastych na śluzowe, wreszcie surowicze. Nadżerki części pochwowej bledną i łatwiej się goją. *B. Wojciechowski.*

Westphal. **Cięcie cesarskie pochwowe na umierającej; płód żywy.** (*Zentr. f. Gyn.* 1906, Nr 28). Kobieta 36-letnia, rodziła sześć razy siłami przyrody, teraz w X. miesiącu ks. ciąży. Od 3 miesięcy obrzęki kończyn dolnych. Pod wieczór bole głowy, o północy napad drgawek porodowych z utratą przytomności. Odtąd napady co 10 minut. Bole porodowe nie wystąpiły. Po 4½ godzinach chora umierająca. Białkomocz. Płód żywy, w położeniu czaszk. I. Część pochwowa na 2½ ctm., szyja drożna. Ze względu na płód wykonał W. cięcie cesarskie pochwowe, przecinając tylko przednią ścianę, i obrót. Ciężko omdlały płód docucono po 2½ godzinach. Z powodu krwotoku atonicznego ręczne wydobycie łożyska. Zabieg trwał 15 minut. W parę godzin później chora zmarła. W porównaniu z klasycznem cięciem cesarskiem ma cięcie pochwowe tę wyższość, iż w podobnych przypadkach łatwiej godzi się otoczenie na wykonanie zabiegu na umierającej. *B. Wojciechowski.*

Hofmeier. **W sprawie plastycznego zużytkowania macicy przy braku zwieracza pęcherza.** (*Zentr. f. Gyn.* 1906, Nr 29). Myśl Freunda, aby w trudnych przypadkach przetok pęcherzowo-pochwowych użyć macicy za materyał plastyczny, zastosował H. z powodzeniem w przypadku braku zwieracza pęcherza. Osoba 41-letnia, niezamężna, przebyła przed 20 laty operacyę z powodu kamienia pęcherzowego, wytworzonego dokoła szpilki do włosów. Po zabiegu, dokonanym od strony pochwy, pozostała przetoka. Po siedmiu operacyach w ciągu dwóch lat mogła chora zatrzymywać mocz przez godzinę. Po porodzie przed 12 laty powstała przetoka na nowo. Dalszemi 3 operacyami zdołano przetokę zamknąć, pozostała jednak niemożność zatrzymania moczu. Badanie stwierdza zbliznowacenie całej przedniej ściany pochwy, a w dolnej części 2 przetoczki włosowate do pęcherza; macica w tyłozgięciu, duża. Cięcie w postaci ⊥, otwarcie zatoki pęcherzowo-macicznej, zwichnięcie macicy ku przodowi. Duża macica nie dała się pokryć całkowicie przez odpreparowaną błonę śluzową pochwy, tak, iż część jej ściany pozostała w pochwie niepokryta. W przebiegu pooperacyjnym nieżyt pęcherza. Po 6 tygodniach możność zupełnego zatrzymania moczu przez kilka godzin. Po upływie ½ roku stan taki sam, tylko przy nadmiernem napełnieniu pęcherza cokolwiek moczu odpływa, a regularność nie jest bez dolegliwości. U kobiet w okresie rozrodczym należałoby wśród operacyi wyciąć jajowody. *B. Wojciechowski.*

Westphal. **W sprawie kazuistyki porodów po cięciu cesarskiem pochwowem i po waginofiksacyi.** (*Zentr. für Gyn.* 1906, Nr 29) W. udowadnia bezpodstawność obaw, wyrażonych przez niektórych autorów (Ahlfeld, Kroemer) co do złego wpływu blizn i zrostów po cięciu cesarskiem pochwowem na przebieg późniejszych porodów. Ciężki przebieg porodów po waginofiksacyi, spostrzegany niejednokrotnie, był następstwem błędnego wykonania operacyi, której zasada jest i pozostanie słuszną. Po ustaleniu się tego przekonania i zastosowaniu pewnych zmian w technice nie słychać w ostatnich latach nic o niepomyślnych skutkach tej operacyi. *B. Wojciechowski.*

## Sprawy Towarzystw lekarskich.

### Towarzystwo ginekologiczne lwowskie.

#### Posiedzenie w dniu 31 października 1905.

Przewodniczy kol. Kwiatkiewicz. Obecnych 9 członków.

Kol. Brejter przedstawia przypadek przypuszczalnego **zaśniadu groniastego.** Pacyentka zgłosiła się przed paru dniami w pierwszej połowie ciąży, z krwawieniami, występującemi co pewien czas. Macica sięgała wtedy do połowy odstępu między pępkiem, a wyrostkiem mieczykowatym. Pomimo tego nie można w niej było wykazać części płodu. W dzień później miało odejść trochę wody i górny brzeg macicy opadł do wysokości pępka. Takie krwawienia, z równoczesnym, niestosunkowo do wywiadów znacznym rozrostem macicy i takie zmniejszanie i znowu zwiększanie się jej objętości przemawia za istnieniem zaśniadu groniastego.

Kol. Bylicki podnosi trudności w rozpoznaniu zaśniadu groniastego i zaznacza, że częste krwawienia w początkach ciąży należy czasem odnieść do przerostowego zapalenia doczesnej. Przypadek przedstawiony uważa za ciążę zwykłą.

Kol. Sołowij przypuszcza również ciążę normalną, a krwawienia uważa za następstwo częściowego odklejania się łożyska.

Kol. Brejter zaznacza raz jeszcze, że nie stawia rozpoznania pewnego, bo dotychczas nie odnalazł jeszcze pęcherzyków, że jednak wiele przemawia za istnieniem zaśniadu.

Kol. Czyżewicz jun. przedstawia przypadek **ciąży zewnątrzmacicznej,** operowanej w c. k. Szkole położnych. Wywiady tego przypadku i jego przebieg przed czasem przybycia do zakładu streszcza kol. doc. Bylicki, który chorą przedtem obserwował. Zaznacza on, że pacyentka rodziła 2 razy, ostatni przed 4 laty, i że od tego czasu leczyła się na zapalne zmiany części rodnych. Regularność, dawniej prawidłowa, zatrzymała się w grudniu 1904 na 7 tygodni, poczem znowu przychodziła prawidłowo. Ostatnia była 8 maja 1905. Wkrótce potem zauważyła chora powiększanie się brzucha i od czasu do czasu silne bole, które zmuszały nawet do użycia morfiny. Badanie już w grudniu wykazało guz w okolicy lewego rogu macicy, który rozpoznano jako ciążę zewnątrzmaciczną, a w ostatnich czasach obok poprzedniego wystąpił od strony prawej drugi guz o niewyraźnych granicach, który określono jako krwistek. Nieco powiększoną macicę można było wyczuć przed guzem.

Ciąg dalszy przedstawienia obejmuje kol. Czyżewicz. Streszcza on, że w chwili przybycia chorej do zakładu można było stwierdzić stan opisany, a nadto zaraz w pierwszych dniach guz po prawej stronie powiększył się i wypuklił sklepienie prawe i tylne i ku górze doszedł aż do pępka. Prelegent uzasadnia dalej szczegółowo, dlaczego rozpoznawał ciążę zewnątrzmaciczną z następowem poronieniem do jamy brzusznej, poczem opisuje wykonaną operacyę. Po otwarciu jamy brzusznej i usunięciu na bok przyrośniętej sieci i jelit, widać było guz, odchodzący od lewego rogu macicy, podługowaty, zaginający się ku tyłowi i odpowiadający trąbce. Po oddzieleniu tego guza ze wszystkich stron i podniesieniu go w górę ukazał się od tyłu otwór wielkości pięciokoronówki, a w koło niego duża ilość skrzepów, tworzących guz, wyczuwalny przedtem od strony prawej i tyłu. Przez otwór ten przechodziła pępowina, przyczepiona wewnątrz guza, a idąc za nią, doszedł prelegent do płodu, odpowiadającego rozwojem 4 miesiącom ciąży, leżącego wśród skrzepów na prawym talerzu biodrowym, za kiszką ślepą. Usunął go, wygarnął trochę skrzepów i zamknął jamę brzuszną. Obecnie chora już wstaje.

Następnie demonstruje prelegent uzyskany preparat. Widać na nim rozdętą trąbkę, a w jej ujściu brzusznem rodzące się łożysko, od którego odchodzi pępowina do płodu, leżącego luźnie obok. W samej trąbce jest jamka wielkości pomarańczy, wyścielona jeszcze błonami, a wypełniona skrzepem krwi.

Przyczyna wytworzenia się ciąży zewnątrzmacicznej nie jest pewna, jak wogóle pewną być nie może. Na każdy sposób zwraca uwagę fakt, że chora leczyła się poprzednio z powodu chronicznych zmian w częściach rodnych. Prawdopodobnie przyszło więc do zamknięcia trąbki bliznami lub obrzękiem jej błony śluzowej i stąd do rozwoju jaja przed tą zaporą.

Kol. Czyżewicz jun. przedstawia dalej przypadek **nabłoniaka kosmówkowego,** powstałego na tle ciąży zewnątrzmacicznej. Pacyentka rodziła 2 razy, ostatni przed 2 laty. Ostatnią regularność miała w połowie kwietnia 1905, a w ostatnich czasach zauważyła powiększenie się brzucha i ogólne osłabienie. Badanie wykazało u niej guz, sięgający powyżej pępka, prawie nieruchomy, miernie twardy, dochodzący do talerza biodrowego i wypuklający sklepienia. Powiększoną macicę można było znaleźć przed guzem, w pochyleniu na lewo, a od jej prawego rogu odchodził podługowaty guz, gubiący się w głównym guzie, a odpowiadający trąbce. Badanie ogólne wykazało zaledwie nieco szorstkie szmery oddechowe, anemiczne szmery w sercu i nieznaczne powiększenie wątroby. Rozpoznano i tu ciążę zewnątrzmaciczną. Po otwarciu jamy brzusznej znaleziono rzeczywiście guz, odpowiadający rozdętej trąbce i przechodzący ku tyłowi w rozległe skrzepy krwi. Skrzepy te były jednak pomiędzy sobą ściśle połączone i zrośnięte z otoczeniem, szczególnie z macicą, co już podczas samej operacyi nasuwało podejrzenie nowotworu. Usunięto cały guz i skrzepy, pokryto ranę otrzewną i zamknięto brzuch. Zanim był czas na dokładne zbadanie preparatu, chora umarła w 4. dniu po operacyi wśród objawów zapadu, bez jakichkolwiek objawów zapalenia otrzewnej. Sekcya wykazała w brzuchu ledwie naloty włóknikowe, a w płucach i wątrobie bardzo liczne ogniska przerzutowe nabłoniaka kosmówkowego złośliwego (*chorionepithelioma malignum*). W macicy znaleziono tylko *endometritis polyposa*. Badanie mikroskopowe stwierdziło w przerzutach typowy obraz nowotworu, a w wyciętym guzie ten sam nowotwór, tylko już w stanie znacznego rozpadu. Kosmków nie znaleziono nigdzie.

Prelegent demonstruje odnośny preparat i omawia przypadek szczegółowo. Zdaniem jego rozpoznanie dokładne było klinicznie niemożliwe wobec bardzo małych objawów ze strony przerzutów i pozbawienia wskazówek, uzyskiwanych przez badanie wyskrobanych z macicy strzępów, jeśli w niej jest nowotwór. Brak kosmków w preparatach tłómaczy przypuszczeniem, że ciąża pozamaciczna przeszła poprzednio w zaśniad krwawy lub groniasty, a dopiero na jego tle rozwinął się nabłoniak. Dowodów na to nie ma żadnych. Jako przyczynę choroby uważa ciążę zewnątrzmaciczną, choć nigdzie nie można było odnaleźć jej śladów. Są wprawdzie znane przypadki nabłoniaka bez ciąży, a nawet u mężczyzn, ale tu przemawiają za ciążą wywiady, przebieg choroby, wygląd guza, jego umiejscowienie i t. d. W końcu zaznacza prelegent, co już twierdził na posiedzeniu Towarzystwa ginekologicznego 15 marca 1905, że przerzuty nabłoniaka prawie nie dają klinicznych objawów, prawdopodobnie z powodu swego zbyt szybkiego wzrostu, który zabija, zanim wytworzy się odczyn w otoczeniu.

Kol. doc. Sołowij sądzi, że nabłoniak powstaje wprost z ciąży zewnątrzmacicznej i nie zgadza się na przyjęcie okresu przejściowego w postaci *mola carnosa* lub *hydatidosa*. Utkanie nabłoniaka nie wymaga obecności kosmków, a zresztą może dałyby się odnaleźć w każdym przypadku przy bardzo dokładnych poszukiwaniach.

Kol. Kwiatkiewicz opisuje przypadek **zaśniadu Breussa.** Pacyentka, lat 29 licząca, w wysokim stopniu histeryczka, zamężna od lat 10, rodziła 5 razy, ostatni raz w grudniu 1901. Przy pierwszym porodzie kleszcze na nisko ustawionej główce, zresztą porody i połogi prawidłowe. Po ostatnim porodzie z powodu ciągłych krwawień w 8. tygodniu wyłyżeczkowanie macicy, które jednak tylko na 4 tygodnie usunęło krwawienie. Następnie zupełnie nieregularne, nieznaczne krwawienia, trwające, mimo świetnego wyglądania chorej, do końca karmienia, t. j. do końca października 1902. W listopadzie i grudniu peryod prawidłowy. Od początku r. 1903 nowa ciąża, która rozwijała się do 4. miesiąca, chociaż krwawienia już w 2-gim wróciły. W 4. miesiącu wzrost macicy ustał, a w 5. podała chora, że coś z niej odeszło, czego jednak nie przechowała. Gdy mimo to krwawienia nawet się wzmogły, rozszerzył prelegent 10 czerwca macicę i wyjął z niej wśród szalonego krwotoku uklej łożyskowy, wielkości dużego palca ręki. I to jednak krwotoków nie usunęło, albo też chora nie przestała ich symulować tak, że prelegent zmuszony był po 6 tygodniach zabieg powtórzyć z obawy, by nie przeoczyć jakiego zwyrodnienia złośliwego. Wówczas wraz z kol. Schellenbergiem i Brejterem stwierdził w ścianie macicy po stronie lewej, na granicy szyi macicznej i trzonu, zaułek o ścianach cienkich, gładkich, nie naciekłych, do którego swobodnie można było wejść palcem. Jamę macicy znaleziono wtedy próżną a skrobanka z niej wykazywała tylko nieznaczne zmiany nieżytowe. Zabieg ten nie zmienił zresztą nic w dalszym przebiegu. Pacyentka, której histerya wzmogła się w tym czasie do niemożliwych granic, utrudniała przez cały czas spostrzeganie, podając obok krwawień z macicy, krwawienia z pęcherza moczowego,

kiszek, gardła, a nawet z ucha. Wśród tych ciągłych niespodzianek nie podobna też było mimo próbnych tamponów i t. d. ostatecznie sprawdzić, czy i jakie krwawienia z macicy miały dalej miejsce. Badanie zwykłe wykazywało bowiem tylko przerost części pochwowej i lekki obrzęk lewego jajnika. Dopiero w lecie zeszłego roku, umieściwszy chorą w zakładzie kol. Kowalskiego, zdołano sprawdzić, że w rzeczywistości krwawienia wracają tylko co 4 tygodnie, że więc odpowiadają krwawieniom miesiączkowym.

W sierpniu z. r. wystąpiły znowu wszystkie objawy ciąży, ale i ta ciąża rozwijała się tylko do 3. miesiąca. Potem wzrost macicy, jej rozpulchnienie i zasinienie części rodnych powoli zaczęły ustępować tak, że trzeba było przyjąć albo pomyłkę w rozpoznaniu, albo też jakąś nową symulacyę ze strony chorej. Aż nagle dnia 10/IV b. r., a więc w 8. miesiącu po zastąpieniu, doznała chora silnego parcia, wśród którego odeszło jaje płodowe prawie bez krwawienia. Wezwany natychmiast, zastał prelegent szyję macicy jeszcze drożną i skonstatował, że w miejscu, gdzie znajdował się opisany wyżej zaułek, istnieje tylko nieco zbitsza, jakby bliznowata wklęsłość.

Jaje płodowe, które prelegent przedstawia, było wielkości małego jaja gęsiego. We wnętrzu jego sterczały pokryte błonami guzy, z których największy był wielkości małego orzecha laskowego. Na przekroju tego guza widać fałdy, skąpo wypełnione skrzepłą krwią. Samego płodu nie znaleziono.

Obraz ten odpowiada zwyrodnieniu, które Breuss w 1892 r. pierwszy dokładnie opisał pod nazwą: »*Tuberöses, subchoriales Haematom der Decidua*«. Autor ten znachodził w swoich przypadkach stale płody dobrze utrzymane, długości 9—17 mm, uważa więc śmierć płodu w 2. miesiącu ciąży za pierwotną przyczynę zwyrodnienia, dalszy zaś wzrost błon, układanie się ich we fałdy, odrywanie od błony doczesnej i krwawienie do tych fałdów, za zmiany następowe. Sprawa ta nie jest jednak dotychczas wyjaśnioną. I tak między innymi Neuman przyjmuje, podobnie jak przy zwykłych zaśniadach krwawych (*mola carnosa*), krwotok za pierwotną przyczynę tego zwyrodnienia. Davidsohn, Engell, Taussig i inni tłómaczą zaśniad Breussa jako następstwo hydramnion, sądząc, że gdy nadmiar wód z jakichś przyczyn (wessanie lub odpływ przez drobne szczeliny worka płodowego) zacznie potem ustępować, wówczas skutkiem zmniejszenia się ciśnienia hydrostatycznego wśród jaja błony odrywają się od swej podstawy i dla zrównoważenia tego ciśnienia występuje krew pod kosmówkę. Bauereisen i Veit zaś przyjmują zaczopowanie naczyń odprowadzających przez oderwanie kosmówki za pierwotną zmianę chorobową, opierając się na znachodzonych zmianach w doczesnej, jak naciekach drobnokomórkowych, zakrzepach naczyń i rozległej martwicy.

Typowem przy zaśniadzie Breussa jest długie (w tym przypadku przez 8 miesięcy) zatrzymanie jaja płodowego w macicy, *missed abortion*, i niestosunek wielkości macicy do czasu trwania ciąży. Przy ścisłej obserwacyi możnaby więc odróżnić zaśniad B. także klinicznie od innych zaśniadów i rozpoznać go jeszcze przed poronieniem. Tylko bowiem przy dłuższem zatrzymaniu zwykłego jaja poronnego możnaby się mylić, chociaż w tym razie przychodzi zwykle do rozkładu, odchodów cuchnących i gorączki, czego przy zaśniadzie B. dotąd nie spostrzegano. W opisanym przypadku rozpoznanie było jednak niemożliwe z powodu ciągłej symulacyi chorej.

Co do opisanego zaułka macicy, to niejasnem jest jego znaczenie i sposób powstawania. Nie ulega wprawdzie wątpliwości, że był on sztucznie wytworzony i mimowoli nasuwa się myśl, że przy wyjmowaniu polipa łożyskowego przyszło do przebicia ściany macicy, że więc zaułek ten był zwykłym ropniem, powstałym w miejscu uszkodzenia. Przeciw temu przemawia jednak gładkość jego ścian, brak nacieku w nich lub w otoczeniu, brak treści i odchodów ropnych, a także zupełnie bezgorączkowy przebieg. Jest więc także możliwem, że w miejscu, gdzie ów uklej łożyskowy był usadowiony, pozostał tylko fałd błony śluzowej, i że pacyentka, która przyznała się do rozmaitych manipulacyi onanistycznych, chcąc wywołać krwawienia, wsuwała jakie tępe narzędzie do tego fałdu i stopniowo sama go rozszerzała. (*Streszczenie własne*).

Kol. doc. Bylicki zapytuje, czy wspomniany otwór nie prowadził do drugiej zmarniałej macicy.

Kol. Kwiatkiewicz również myślał o zmarniałej macicy, ale tylko do chwili, kiedy ostatni raz badał, gdyż wówczas znalazł na miejscu dawnego otworu tylko bliznę.

Sekretarz: *Czaplicki.*

---

**Posiedzenie w dniu 29 listopada 1905.**

Przewodniczy kol. Kwiatkiewicz. Obecnych 16 członków.

Kol. Bocheński przedstawia chorą, która zgłosiła się do kliniki położniczo-ginekologicznej z powodu **zarośnięcia pochwy po porodzie.** Badanie wykazało rozległe zbliznowacenie tak, że z pochwy pozostał zaledwie zaułek, długi na 3—4 cm., ledwie drożny dla zgłębnika macicznego. Po rozszerzeniu tego zaułka blaszkownicą zastosowano krążki pochwowe Hodgyego, odpowiednio powyginane, coraz to większe. W ten sposób udało się rozszerzyć pochwę na tyle, że obecnie leży w niej krążek już średniej wielkości, przewężony w środku, gdzie są najsilniejsze blizny. Prelegent spodziewa się dojść w powyższy, bezkrwawy sposób, do dobrych wyników.

Kol. Bocheński wygłasza odczyt **„O postępowaniu wobec nie dających się operować raków macicy“.** (Rzecz przeznaczona do druku).

Kol. doc. Kośmiński wspomina o podwiązywaniu odpowiednich naczyń, przez co można uzyskać zmniejszenie się szybkości rozrostu raka, rezultat jednak tego postępowania jest mały. Dobre wyniki daje metoda Pinkusa, bo sięga w głąb, ale z tego powodu trzeba ją stosować ostrożnie i lepiej stosować ją częściej, a niezbyt długo. Wyniki tej metody uważa za dobre dlatego, że wytwarza się silna, gładka blizna, przez co nowotwór tak prędko nie postępuje. W jednym przypadku przez 2 lata nie było zbytniego rozrostu nowotworu.

Kol. prof. Mars nadmienia o trudnem położeniu praktyków wobec raków macicy, zwłaszcza przy ich praktyce położniczej. Był przed 20 laty kierunek, by raki leczyć tylko miejscowo; wyniki nie były dobre, a publiczność niezadowolona. Potem nastał kierunek, propagowany głównie przez Wintera, zapobiegawczy. Zwrócono uwagę, by wcześnie rozpoznawać raki i wcześnie je operować. Dla tej przyczyny zaniedbano leczenie paliatywne. Ze sposobów paliatywnych przypomina sposób Chrobaka wysokiego zeszycia pochwy. Za najlepsze uważa wyniki po wyskrobaniu łyżeczką i stosowaniu nalewki jodowej i przypomina twierdzenie Chrobaka, że po nalewce jodowej następuje bujanie tkanki łącznej i ono wytwarza twardą, oporną bliznę. Otrucia po *tra jodi* nigdy nie obserwowano. Wreszcie zwraca uwagę, że należy robić doświadczenia, o ile jakość raka odgrywa rolę, zwłaszcza przy stosowaniu nalewki jodowej.

Kol. Skałkowski robi uwagę, że raki zdarzają się coraz rzadziej. Kol. prof. Mars jest zdania przeciwnego.

Kol. doc. Bylicki woli leczyć raki rozpadające się i cuchnące, gdyż przy nich są mniejsze bole z powodu, że nerwy nie są uciśnięte naciekiem, a efekt chwilowy leczenia wielki, boi się natomiast raków twardych, nie krwawiących.

Kol. prof. Mars poleca bardzo gorąco szczypce francuskie »pinces coupantes« przy próbnem wycięciu, lub przy usuwaniu mas rakowych.

Kol. doc. Sołowij poleca za Chrobakiem kwas azotowy dymiący, a potem nalewkę jodową. Sekretarz: *Czaplicki.*

---

# Wiadomości zawodowe i ogólno-lekarskie.

## Medycyna społeczna. Epidemiologia. Statystyka.

**Sprawozdanie z kursu dla wykształcenia służby do pielęgnowania chorych we Lwowie w r. 1906.** W mieście Lwowie dawał się nader dotkliwie odczuwać brak dobrze wyćwiczonej służby do pielęgnowania chorych. Celem zaradzenia temu brakowi, urządził fizyk m. Lwowa dr Legeżyński za poparciem Magistratu i sekcyi sanitarnej Rady miejskiej osobny kurs dla wykształcenia służby do pielęgnowania chorych w domach prywatnych. Kurs ten trwał od połowy marca do połowy czerwca b. r. Wskutek ogłoszeń w pismach codziennych lwowskich zgłosiła się znaczna liczba uczestników, z których przyjęto najodpowiedniejszych w liczbie 28, w czem 6 mężczyzn i 22 kobiet, w wieku między 21 a 47 rokiem życia. Liczba tych uczestników zmniejszyła się następnie częścią przez to, że niektórzy przy swem zwykłem zajęciu nie mogli poświęcić dość czasu, wymaganego na naukę, część zaś została jako nieodpowiednia w czasie nauki wydaloną. Szkoła wykształciła ostatecznie 17

osób, w tej liczbie 15 kobiet i 2 mężczyzn, którzy zostali do egzaminu dopuszczeni.

Przez pierwszy miesiąc odbywały się w Fizykacie miejskim wykłady teoretyczne, udzielane przez lekarza miejskiego dr Kielanowskiego. W czasie tej nauki przedstawiano uczniom częścią wypożyczone z rozmaitych lwowskich zakładów naukowych, częścią zaś zakupione przez gminę m. Lwowa nader liczne okazy anatomiczne, bakteryologiczne, modele, przyrządy służące do pielęgnowania chorych i to nietylko konieczne do obsługi chorych, lecz zarazem i takie, które zabezpieczają chorym pewien komfort w czasie choroby, przedstawiano dalej wszystkie formy leków, ucząc uczniów równocześnie praktycznie używać przyrządów i wykonywać niektóre rękoczyny (n. p. nastawianie wziewadła, używanie poduszek wodnych i powietrznych, stawianie baniek i pijawek, prześcielanie łóżek, podnoszenie i przenoszenie chorych, zmianę bielizny chorego, umiejętne wykonywanie wszelkich możliwych poleceń lekarskich i t. p.). Resztę czasu, przeznaczonego na wykształcenie służby dla chorych, zużyto na ćwiczenia praktyczne w szpitalu powszechnym, w szpitalu dla dzieci im. św. Zofii i w szpitalu izraelickim. Wszyscy uczestnicy kursu odbyli praktykę na wszystkich oddziałach szpitalnych, przebywając po kolei na oddziałach chorób wewnętrznych męskim, żeńskim, chorób dziecinnych, nerwowych, skórnych i chirurgicznych. Uproszeni przez fizyka miejskiego prymaryusze oddziałów szpitalnych pp. dr: Ehrlich, Krzyszkowski, Mehrer, radca Opolski, Pisek, prof. Raczyński, Ruff, E. Sawicki, prof. Wiczkowski i prof. Ziembicki, podjęli myśl fizyka miejskiego i uznając jej doniosłość dla chorych m. Lwowa, nie szczędzili wraz ze swymi sekundaryuszami trudu dla wykształcenia dobrych dozorców chorych. Dzięki ich prawdziwie obywatelskiej gotowości do tej pracy dla dobra ogółu możliwem było w stosunkowo niedługim czasie przygotować należycie uczestników kursu do odpowiedniego wykonywania niełatwej sztuki pielęgnowania chorych.

W dniu 7 czerwca odbył się w sali ratuszowej publiczny egzamin uczestników przy udziale prezydenta m. Michalskiego, radcy dworu dr Merunowicza, dyrektora szpitala izraelickiego dr Mehrera, członków Rady miejskiej i Gremium magistratu, jakoteż znacznej liczby lekarzy praktykujących. Po egzaminie otrzymali uczestnicy świadectwa z odbytego kursu (11 znakomicie, 6 bardzo dobrze uzdolnionych), a w najbliższym czasie polecono im zgłosić się do Fizykatu miejskiego celem okazania ubrania służbowego, uszytego wedle przedłożonych wzorów, poczem otrzymają odpowiednie odznaki.

**Centralny Związek niemieckich kas chorych** powziął na tegorocznem Walnem Zgromadzeniu (20. i 21. lipca bież. r. w Düsseldorfie), uchwałę, w której żąda ni mniej, ni więcej, tylko przymuszania lekarzy do leczenia w kasach chorych. Uchwała ta brzmi, jak następuje: »Zastępcy kas chorych uważają za wskazaną zmianę postanowień przemysłowych, odnoszących się do zawodu lekarskiego, skoro kasy chorych z ustawy obowiązane są do dostarczania swym członkom pomocy lekarskiej, bo wobec tego są w stosunku do lekarzy bezbronne. Państwo, które wprost wkłada na barki kas chorych obowiązek tych świadczeń, musi równocześnie postarać się drogą ustawy o możliwość spełnienia tego obowiązku i drogą ustawy powinno zobowiązać lekarzy do leczenia w kasach chorych za opłatą pauszalowych taks«. Uchwała ta powołuje się dalej na to, że związek reńsko-westfalskich kas zawodowych również postawił to żądanie i domaga się, na wypadek, gdyby państwo nie zgodziło się na przymus lekarzy, by organy ubezpieczenia kasowego zostały zwolnione od obowiązku świadczenia pomocy lekarskiej i leków. *E. S.*

Zestawienie, ogłoszone przez statystyczne bióro wiedeńskiego magistratu **o przemysłowych kasach chorych w Wiedniu** dowodzi, że w r. 1904 istniało w Wiedniu 146 kas chorych, do których należało 380,743 mężczyzn, a 143,333 kobiet. Kas stowarzyszeniowych było 6 z ogólną liczbą członków 236,890, dalej istniało 15 kas fabrycznych z 18,829 członków, 74 kas czeladzi z 187,789 i 50 kas cechowych dla uczniów z 38,744 członkami. Nie wliczono w statystykę tę kolejarzy, jako przeważnie zamieszkałych poza Wiedniem, nie wliczono też kas majsterskich i zarejestrowanych kas zapomogowych. *E. S.*

---

**Stan epidemii w Galicyi.** W czasie od 9 do 15 września 1906 doniesiono o nowych przypadkach duru plamistego 11 w 5 gminach, a mianowicie pow. Jarosław (Dobrza 6), Rawa (Rzeczyca 1), Stryj (Grabowiec str. 1), Tarnopol (Chodaczków w. 1), Złoczów (Ryków 2). *T.*

**Z ruchu ludności w Krakowie.** Między 9 a 15/IX b. r. urodziło się dzieci żywo 52, nieżywo 4; zmarło osób 53 (obcych 30); z tego z gruźlicy 20 (13), zapalenia płuc 6 (3), błonicy 1 (1), krztuśca — (—), ospy — (—), płonicy 1 (1), odry — (—), duru osutkowego — (—), duru brzusznego — (—), czerwonki — (—), cholery niemowląt 2 (—), innych chorób zakaźnych — (—), śmierci gwałtownej 4 (3).

**Choroby zakaźne we Lwowie.** W czasie od 9/IX do 15/IX b. r. zgłoszono przypadków: błonicy 10 (obcych 1), krztuśca 1 (—), ospy — (—), płonicy 10 (—), odry 3 (—), duru brzusznego 0 (4), czerwonki 1 (—); w tymże czasie zmarło z błonicy 2, z odry 2, z czerwonki 1 (—).

**Na rumień lombardzki** chorowało z końcem roku 1905 (wedle wykazów władz politycznych) w Bukowinie 1,056 osób w 166 gminach (o 479 osób więcej, niż w roku 1904). Czwarta część chorych cierpiała już od 5—10 lat, przeszło połowa od 2—5 lat; prawie trzecia część chorych liczyła 40—50 lat; więcej chorowało kobiet, niż mężczyzn. U 187 chorych były zboczenia umysłowe. *E. S.*

---

## Wiadomości bieżące.

**Lwów.** Wydział lekarski uchwalił urządzić kursa uzupełniające dla lekarzy w czasie od 1. do 20. grudnia 1906 r.

**Warszawa.** »Biblioteka lekarska« wydała ostatni tom tłómaczenia dzieła o chorobach dzieci Combyego, a wkrótce wyda I tom »Ginekologii« Pozziego.

— »Kronika lekarska« (Zesz. 17) porusza myśl, by wolny uniwersytet warszawski objął także wykłady lekarskie, sądząc, że uzyskanie potrzebnych pracowni i klinik w rządowych gmachach uniwersyteckich nie byłoby może drogą układów zbyt trudne, że można liczyć na 300 polskich słuchaczy, których czesne (po 100 rubli) wystarczyłoby na czynsz dzierżawny za lokale naukowe i na wypłacenie skromnych wynagrodzeń wykładającym.

— Dr Róbin i Tuchendler otwarli zakład leczniczy dla chorych, dotkniętych cierpieniami kiszek i żołądka.

**Z różnych stron.** Nagminne zapalenie opon mózgowych wygasa już i w swojem głównem ognisku, na Śląsku pruskim gdzie w ciągu lipca stwierdzono już tylko 31 przypadków w całym kraju.

— Zjazd rektorów wszechnic rosyjskich uchwalił 14 sierpnia s. s., że podjęcie na nowo wykładów z początkiem tego roku szkolnego jest i możliwe i bardzo pożądane; postanowiono przeto zamknięte wszechnice otworzyć.

— We Frankfurcie n/M. otwarto zakład im. G. Speyera, założony z funduszów prywatnych celem badania nowych leków chemicznych. Kierownictwo zakładu oddano prof. Ehrlichowi.

— Przy zamknięciu sezonu źródeł mineralnych w Sławiansku postanowiono, jak donosi pismo »Jużnyj kraj«, dla uczczenia zasług dyrektora tego zakładu, prof. Stanisława Zaleskiego z Petersburga, rodem Warszawianina, założyć z funduszów prywatnych kliniczny instytut dla chorób wymiany materyi w Sławiańsku; do komisyi, wybranej w tym celu, weszli między innymi Polacy: Kazimierz Normark i dr Wandalin Kossowski, wybitny lekarz charkowski, kierownik sanatoryum w Sławiańsku.

— W Medyolanie odbył się Zjazd międzynarodowy dla lekarskiej elektrologii i radyologii; rozpoczął się referatami dra Zanietowskiego o metodach elektroleczniczych własnych i prof. Cluzeta o prawach elektrobiologii. Główne odczyty mieli nadto Schiff z Wiednia, Doumer z Lilje, Oudin z Paryża, Luzzenberger z Neapolu, Schatzky z Moskwy i t. d., wreszcie Joteykówna z Brukseli przez zastępcę.

— O tułaczce trędowatego donosi prasa codzienna. Przed kilku dniami przybył do Passau trędowaty Rumun z Frankfurtu, ale władze austryackie wzbroniły mu przejazdu do ojczyzny, do Rumunii. Chorego odosobniono w jednym wozie, którego drzwi opieczętowano, aby chory nie mógł uciec. Jadło podawano mu przez okno w drzwiach. Zarząd bawarskich kolei musiał wobec tego chorego przewieźć z powrotem do Frankfurtu i tam pomieszczono go w szpitalu miejskim w odosobnieniu od innych chorych. Chory jest zdolny do podróży i w najkrótszym czasie zostanie przymusowo odesłany do Londynu, skąd przybył. Jeżeli w istocie chorobę, jak chory podaje, dopiero w Londynie po raz pierwszy rozpoznano, to godzi się zapytać, dlaczego się poprzednio stamtąd dokładnie nie dowiedziano, czy będzie można

bez przeszkody chorego odesłać do ojczyzny. Wszak podróż takiego chorego tam i z powrotem chyba nie jest obojętną dla rozwleczenia choroby. *E. S.*

**Mianowani:** Prof. Kreibich z Gracu profesorem dermatologii na niemieckim uniwersytecie w Pradze (w miejsce ustępującego prof. Picka); doc. Jamin nadzw. profesorem propedeutyki lekarskiej i historyi medycyny w Erlangen; doc. Lange profesorem ortopedyi w Monachium (katedra nowo utworzona); doc. Seifert prof dermatologii w Würzburgu; dr Ford prof. bakteryologii w Baltimore; doc Weinberg z Dorpatu profesorem anatomii w Petersburgu; profesorami nadzw. w Rzymie: dr Alessandri (patologia chirurgiczna), Ferreri (laryngologia), Lo Monaco (chemia fizyologiczna).

**Zmarli:** Prof. okulistyki na niemieckim uniwersytecie w Pradze, W. Czermak w 50 r. ż.

Dr J. K. Zaleski w Noworadomsku w 55 r. ż.

Dnia 12 września 1906 zmarł w Ropczycach dr Fryderyk Roller w 78 r. ż. Urodzony w Sanoku, dyplom doktora wszech nauk lekar. otrzymał w Wiedniu 1871 roku, praktykował w Dobromilu, następnie w Ropczycach przez 27 lat. Powszechnie ceniony, jako zdolny lekarz, odznaczający się prawością charakteru i gorącym patryotyzmem.

*Dr Godłowski.*

**Bibliografia.**

— *Gazeta lekarska* Nr 35. Rydygier: O chirurgicznem leczeniu okrągłego wrzodu żołądka z przedstawieniem chorej w 25 lat po wycięciu odźwiernika z powodu wrzodu żołądka. Ciechomski: W sprawie doniosłości orzeczeń sądowo-lekarskich.

— *Medycyna* Nr 37. Sterling, Korybut-Daszkiewicz (dok.).

— *Tygodnik lekarski* Nr 37. Gońka: W sprawie przekrwienia miazgi zębowej w pojęciu klinicznem.

— *Kronika lekarska* Nr 17. Halle i Motz (c. d.). Biehler (c. d.). Sędziak (c. d.).

— *Głos lekarzy* Nr 18. Mikołajski: Sprzedaż i kupno praktyki lekarskiej. Mikołajski: O polepszeniu bytu lekarzy więziennych. Mikołajski: Służba sanitarna w więzieniach. Mikołajski: Stosunki lekarzy więziennych w okręgu Izby lekarskiej wschodnio-galicyjskiej. — Wzór kontraktu miedzy kasami chorych a lekarzami. Luster: Propaganda partactwa leczniczego przez pisma peryodyczne.

— *Przegląd zdrojowy* Nr 12. Skórczewski (c. d.).

— *Przewodnik kąpielowy* Nr. 11. Morawski: Ujęcie źródeł mineralnych w Krynicy.

— *Časopis lékařův českých* Nr 37. Pantovič: Novokain v lumbalni anaesthesii. Eiselt: O fibrinosni bronchitidě je zvláštnim vzhledem k jeji aetiologii. Müller (c. d.).

— *Russkij Wracz* Nr 34. Weber: W sprawie skrętu okrężnicy esowatej. Zimnicki: W sprawie wydzielania żołądkowego przy żółtaczce. Orłowski (dok.). Miklaszewski: Łóżko operacyjne dla położnic.

— *Presse médicale* Nr 72. Leduc: Nowe teorye roczczynów i ich stosunek do medycyny. Perrin i Parisot: Powikłania płucne i opłucne nierozpoznanych ciał obcych w oskrzelach.

— *Semaine medicale* Nr 37. Charrin: Rola substancyi minerelnych w ustroju.

— *Deutsche mediz. Wochenschrift* Nr 37. Redlich: Leczenie padaczki. Kuhn: Maska do wywoływania przekrwienia zastoinowego w płucach. Solmersitz: W sprawie grzybicy kropidlakowej płuc u człowieka. Stoutz i Ulrici: Spostrzeżenia dyetetyczne u chorych piersiowo. Bence: Trzy przypadki polyglobulii z powiększeniem śledziony. Hollister: Zachowywanie się śledziony przy raku. Sippel: Uwagi o odkażaniu rąk i postępowaniu bezgnilnem przy laparotomiach. Ramshorn: Unguentum sulfuratum mite. Sachs: Przeszczepianie mięśni w leczeniu porażeń dziecięcych.

— *Wiener klin. Wochenschrift* Nr 37. Strubell: O fizyologicznem i farmakologicznem działaniu yohimbinu. Lipschütz: W sprawie krętka bladego w tkance kiłowej. Gobiet: Cięcie cesarskie pochwowe w rzucawce. Rouseff: Badania chemiczne cieplicy Banki w Bułgaryi.

— *Münchener medic. Wochenschrift* Nr 37. Aschaffenburg: Stosunek życia płciowego do powstawania chorób nerwowych i umysłowych. Rolly: Zatrucie gromadne bobem. Hocheisen: Porody w uśpieniu skopolaminowo-morfinowem. Grund: O odruchowem zahamowaniu wydzielania nerkowego podczas cystoskopii. Schilling: Pomyślny wpływ promieni Röntgena na przewlekły nieżyt oskrzeli i dychawicę oskrzelową. Merkel: O przypadku przepukliny Treitzowskiej z pęknięciem worka przepuklinowego. Germer: Nowy przypadek urazowej przepukliny płuc bez drążącego skaleczenia klatki piersiowej. Vörner: Zajmujący przypadek gruźliczej osutki skóry. Goldberg: Prostatitis chronica „cystoparetica". Friedemann: Podwiązywanie żył miednicy w ropniczej postaci gorączki połogowej. Dreyfuss: O rozpowszechnieniu karmienia sztucznego i naturalnego w okręgu Kaiserslautern i wpływie jego na odżywienie oseskόw. Fleurent: Przypadek równoczesnej ciąży macicznej i zewnątrzmacicznej. Thalnitzer: Chory na padaczkę jako automobilista. Wolf: Choroba Schopenhauera w r. 1823.

**Redakcya otrzymała:** Guranowski: Obecny stan wiedzy o t. zw. otosklerozie. Odb. z „Medycyny" 1906. Eisenberg: 1) Über sekundäre Bakterienkolonien, 2) Weitere Untersuchungen über den Mechanismus der Agglutination und Präcipitation, Część I i II. Odb. z „Centralbl. f. Bakteriologie" 1906. Kern: Izvještaj bakteriološkoga zavoda u Križevcima. Svezak 2. 1906.

Redaktor odpowiedzialny:
**Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.**

## Zapiski przemysłowo-lekarskie.

### Nadesłane.

**Pyrenol,** w zapaleniu płuc tak skuteczny środek, poleca H. Keiner w pracy z oddz. wewn. szpitala miejskiego w Dortmundzie (spr. w *Münch. med. Wochs.* 1906, Nr 30). Podając chininę wewnętrznie po 0·5—1·0 gr. 2 razy dziennie, na 29 przypadków stracono 4 chorych = 13·8 prc. śmiertelności. Wogóle nie zauważono wyraźnego wpływu chininy na zapalenie płuc. Z 40 doświadczeń z kreosotalem dochodzi autor do wniosku, że należy zaniechać dalszych prób tego środka u chorych na zapalenie płuc i nie tracić drogiego czasu. Próby z naparstnicą dały bardzo wysoką śmiertelność, bo 29 prc. i nie wskazują na jakieś swoiste działanie w tych przypadkach, gdyż nie stwierdzono działania, ograniczającego sprawę chorobową, ani też skrócenia czasu trwania lub wpływu na krzywą gorączki. W 25 przypadkach, leczonych zapomocą będźwinianu sodowego nie spostrzeżono objawów, któreby wskazywały na szkodliwe działanie tego środka, a przebieg wyróżniał się mniejszem podnieceniem, aniżeli przy podawaniu powyżej wymienionych środków. Przy podawaniu pyrenolu w dawce 0·5 gr. co 2—3 godziny spostrzeżono, że w 6 przypadkach, przyjętych w 3. i 4. dniu, przebiegało cierpienie szybko. Autor odniósł korzystne wrażenie co do leczniczej wartości pyrenolu w zapaleniu płuc i w przeciwieństwie do wielu innych nowych przetworów, przekonany jest o celowości i nieszkodliwości tego środka w tych przypadkach. O rzekomo pewnem działaniu hetolu nie mógł się K. przekonać. K. kończy słowami, że wśród wszystkich podawanych środków najlepsze wrażenie zrobiły na nim będźwinian sodowy i pyrenol, natomiast chinina, kreosotal, a w szczególności naparstnica zdawały się pogarszać wyniki lecznicze, zaś leczenie hetolem wymaga największej ostrożności. *Hr.*








MARKA OCHRONNA
E. MATULA

